Nr. 5. 29 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. Ksawery Lewkowicz. Kraków.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

VII. Doniesienie,

Warunki działania surowicy przy zwężeniu komór mózgowych.

(Przypadki 141* i 142*).

(Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell.)

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dniu 18. stycznia 1922*).

Przy leczeniu nagminnego zapalenia opon zapomocą surowicy swoistej należy wyjść z założenia, że główną i istotną siedzibą tej sprawy zakaźnej są komory mózgowe. O przestrzeń podpajęczynówkową i opony można się więc zupełnie nie troszczyć. Przecież, choćbyśmy nawet chcieli — coby było np. pożądane dla osiągnięcia czystych warunków doświadczenia — ograniczyć działanie do komór, to to jest niemożliwe: surowica, wstrzyknięta do komór, przechodzi do przestrzeni podpajęczynówkowej, częściowo już podczas wstrzykiwania, częściowo dopiero później. W komorach, w splotach naczyniowych, wytwarza się bowiem nieprzerwanie płyn mózgowo-rdzeniowy; wylewa się on z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej; prąd tego płynu musi więc unosić surowicę, która, rozcieńczona płynem, jest następnie wraz z nim wchłaniana na całej powierzchni mózgowia i rdzenia i dostaje się do krwi. Na opony i przestrzeń podpajęczynówkową można się nie oglądać tembardziej, że sprawa chorobowa jest tu jedynie zjawiskiem wtórorzędnem; wygasa ona też zawsze szybko, skoro tylko ustanie dopływ materjału zakaźnego z komór, zatem skoro tylko komory zostaną wyleczone. Jądro zagadnienia leczniczego leży zatem w oddziaływaniu na sprawę komorową, a co do wyników, to rozstrzygające jest jedynie i wyłącznie zachowanie się sprawy zakaźnej w komorach. Wypływa z tego, że także trudności, na które przy leczeniu surowicą napotykamy, leżą wyłącznie w osiągnięciu odpowiedniego działania na komory.

Trudności te musimy znać dokładnie, inaczej niemożebne jest ich pokonanie. Jak z badań moich wynika, musimy się liczyć głównie z dwoma czynnikami, które sprawiają, że surowica, nawet przy stosowaniu dokomorowem niekiedy zawodzi, mianowicie ze zwężeniem komór i z ropogłowiem. Zajmę się tutaj pierwszym z nich i na dwóch przykładach wykażę, jak wielki ma on wpływ na działanie surowicy w komorach. Ze stosunków tych wysnuć się musi oczywiście pewne wskazania zaradcze.

Przypomnę z dawniejszych moich doniesień (III.), że w przypadkach, w których komory są dostatecznie szerokie i w których niema większych przeszkód w przepływie płynu między komorami, a przestrzenią podpajęczynówkową i odwrotnie, nawet wstrzykiwania nardzeniowe, codziennie powtarzane, mogą wystarczać do tego, żeby działanie w komorach było dostatecznie silne i ciągłe. Po wstrzykiwaniach dokomorowych, obustronnych, można w tych warunkach jeszcze po trzech dobach znaleźć w komorach surowicę w ilości dostatecznej do działania leczniczego tak, że wystarczałoby powtarzać zabiegi co trzy dni.

Jeżeli więc będziemy wstrzykiwać surowicę w podobny sposób, nie co trzy dni, ale codziennie, to mogłoby się wydawać, że już zupełnie napewne, w każdym przypadku, musimy osiągnąć cel zamierzony. Tymczasem mogą nas spotkać bardzo przykre niespodzianki, przedewszystkiem właśnie w tych przypadkach, w których komory są w wyższym stopniu zwężone. Okazuje się z tego, że sprawa nie jest wcale tak prostą, jak byliśmy dotychczas skłonni przypuszczać, że postępowanie szablonowe jest tu niestosowne, że trzeba przeciwnie znać dokładnie, w każdym przypadku z osobna, warunki miejscowe, które się wytwarzają pod wpływem choroby.

Warunki te możemy obecnie (V. doniesienie) stosunkowo dokładnie określać, posługując się takiemi sposobami badania, jak oznaczanie światła komór, wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego, różnicy ciśnienia między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia, wreszcie wskaźnika białkowego. To wszystko okazało się jednak niewystarczające; trzeba było uzyskać bezpośredni wgląd we wpływ tych warunków i już z góry można było przypuszczać (III. doniesienie, wydanie francuskie), że warunki miejscowe muszą oddziaływać bardzo wybitnie na zawartość surowicy w komorach po wstrzyknięciach.

W lutym r. z. rozpocząłem przy pomocy moich asystentów, w szczególności p. Nowickiej, badania, które potwierdziły powyższe przypuszczenie w całej pełni. Zaczęliśmy mianowicie wtedy, nie zaniedbując wszystkich innych, ustalonych u nas sposobów badania, oznaczać systematycznie w płynach komorowych i rdzeniowych zawartość surowicy, posługując się surowicą króliczą, strącającą surowicę końską. Prócz tego oznaczaliśmy jeszcze zdolność wiązania dopełniacza tych płynów, i to zawsze w połączeniu ze szczepem wyhodowanym z chorego. Zdolność ta może nam do pewnego stopnia służyć za miarę działania leczniczego surowicy w przestrzeniach, z których płyn pochodzi.

Wyniki tych badań wpisywane są w tablice przypadków, w rubryce górnej, przeznaczonej na przedstawienie leczenia. Znajdujemy tu słupki kratkowane, spuszczające się z góry, oznaczające dawkę szczepionki w miljardach ziarenkowców. Dawki surowicy oznaczają słupki poprzecznie prążkowane, gdy chodzi o komorę prawą, z podłużną pręgą środkową, gdy chodzi o lewą*). Jeżeli wstrzykiwano więcej razy w ciągu jednej doby, to dalsze słupki umieszczano tak, żeby ich podstawa leżała na wysokości poprzedniego słupka; w ten sposób łatwo odczytać całą dawkę dzienną. W przypadku 142*, dnia 20. wykonano np. trzy zabiegi, wstrzykując za każdym razem około 2,5 cm³ do komory lewej i tyleż do prawej, cała dawka dzienna wynosiła więc 15 cm³. W przypadku 141* dodawano w niektórych dniach do surowicy swoistej 10% dopełniacza, czyli świeżej surowicy świnki morskiej, co zaznaczano znakiem +; w dniu 21. wstrzyknięto własną świeżą surowicę chorej, była ona zatem w całości równocześnie dopełniaczem. Co do wstrzyknięcia do komory prawej, w dniu 20. godzina 20.27, to nie było całkiem pewne, czy surowica dostała się do komory, ciśnienie bowiem po wstrzyknięciu nie opadało dostatecznie dobrze.

Zawartości surowicy swoistej w płynach badanych wyrażane są według podziałki geometrycznej, 0.001—100%, dwiema taśmami, przyczem taśma pełna, czarna, oznacza zawartość w płynie rdzeniowym, druga taśma w częściach prążkowanych poprzecznie odnosi się do komory prawej, w częściach, mających środkiem pręgę podłużną, do komory lewej. Wynik odczynu wiązania dopełniacza wpisywany jest, znów według podziałki geometrycznej 1—100, w słupach; dodatkowym słupem oznaczano wynik niezupełny; np. w przypadku 142*, dnia 13. popołudniu, oba płyny komorowe dawały zupełne zahamowanie hemolizy do rozcieńczenia 1 : 6 ale także przy rozcieńczeniu 1 : 20 płyn z komory prawej dawał częściowe zahamowanie, a z lewej ślad zahamowania.

*). Praca nadesłana do druku w grudniu 1921

*) Zresztą co do znaków, używanych w tablicach, patrz doniesienie II. i III.

Oznaczenie zawartości surowicy w płynach komorowych, bezpośrednio po wstrzyknięciach dokomorowych, jest zbyteczne; trzeba wtedy przyjąć zawartość zbliżoną do 100% i zdolność wiązania dopełniacza, zbliżoną do wartości pełnej surowicy. Zato ważne jest oznaczenie bezpośrednio przed następnem wstrzyknięciem. Dlatego, zbierając płyny komorowe do badania, postępowano, np. w przypadku 141 * (p. tablica rubryka ciśnienia) w porządku następującym: nakłucie komory lewej, upuszczenie płynu, nakłucie prawej, upuszczenie płynu, wstrzyknięcie do prawej, wstrzyknięcie do lewej. Oznaczano więc w ten sposób najniższe stany, do których spada w komorach zawartość surowicy i zdolność wiązania dopełniacza, bezpośrednio przed następnem wstrzyknięciem. I te najniższe stany są rzeczywiście jedynie rozstrzygające dla działania leczniczego surowicy. Jednym z podstawowych warunków do osiągnięcia wyniku leczniczego jest bowiem utrzymanie w komorach odpowiedniego stężenia surowicy przez kilka dni, bez przerwy, aż do zupełnego wytępienia zarazków. Działanie, któreby się rozciągało, w każdych 24 godzinach tylko na $^1/_3$ lub $^1/_2$ tego czasu, nie ma większej wartości, przynajmniej przy ciężkich zakażeniach. Za dowód mogą służyć następujące szczegóły.

W przypadku 141*, 20 dnia choroby, wstrzyknięto surowicę obustronnie do komór po raz pierwszy koło godziny 12., po raz drugi po godzinie 13. Otóż o godzinie 20.10, tj po 8- godzinnem, silnem działaniu surowicy, przybyło wprawdzie w komorach nieco ciałek ropnych, zwiększyła się fagocytoza, ale ilość meningokoków w komorach — zachowanie się zakażenia w przestrzeni podpajęczynówkowej nie ma żadnego znaczenia — nie obniżyła się wiele, okazywały one wprawdzie silną aglutynację, ale były w obrazie mikroskopowym prawie wszystkie dobrze utrzymane a, co ważniejsza, wyrastały obficie w hodowli. Wynika z tego, że miały one jeszcze wtedy pełną żywotność. Gdyby więc z tą chwilą działanie surowicy było ustało zupełnie, lub zostało przerwane na 16 godzin aż do następnego wstrzyknięcia, to wpływ surowicy na sprawę chorobową byłby równy zeru. Dopiero po 23-godz. działaniu, tj. dnia 21. godz. 11.17, następuje w stosunkach zakażenia zasadnicza zmiana: meningokoki są już 150 razy mniej liczne, niż były początkowo, prawie wszystkie są pochłonięte przez krwinki białe wielojądrzaste, znaczna ich część okazuje się już mikroskopowo jako uszkodzona, a widocznie i reszta jest także znacznie nadwerężona, gdyż hodowla wypada zupełnie ujemnie. Trzeba było jednak 4-dniowego działania surowicy — co prawda, działanie to tylko przez dwa pierwsze dni było dostatecznie silne — aby meningokoki znikły całkowicie z obrazu mikroskopowego.

Zupełnie podobnie przebiegła sprawa w przypadku 142*, gdzie jednak natężenie działania surowicy było — o ile można wnosić z odczynów wiązania dopełniacza — początkowo małe, ale znów w dalszym ciągu podniosło zię znacznie. W 18. dniu choroby, po godzinie 17., pierwsze wstrzyknięcia. O godzinie 22,05, tj. po 5-godzinnem działaniu surowicy, nie można tu w komorach stwierdzić żadnego wyraźniejszego wpływu na stosunki zakażenia: meningokoki są taksamo liczne i żywotne, jak były poprzednio; fagocytoza się nie wzmogła. Dopiero dnia 19., godzina 6,10 i 12,40, tj. po 13-godzinnem i 19-godzinnem działaniu, można już zauważyć wybitny wpływ surowicy; ilość meningokoków spada mniej więcej do $^1/_{30}$ ilości pierwotnej, spotyka się coraz liczniej ziarenkowce uszkodzone i pochłonięte przez fagocyty, a hodowla staje się skąpą. Oczywistą jest rzeczą, że i w tych warunkach nie powinno następować przerwanie działania surowicy pod grozą niepożądanych skutków. Dnia 19. godzina 21,10 tj. po 28 godzinnem działaniu surowicy, hodowla daje już wynik ujemny, ilość meningokoków spada do $^1/_{100}$ ilości pierwotnej, ale przecież wiele ziarenkowców przedstawia się jeszcze wtedy — a podobnie dnia 20. godzina 6,10 i 12,10, tj po 37- i 43- godzinach działania — przy badaniu mikroskopowem jako nieuszkodzone; odzyskanie przez nie żywotności, w razie ustania działania surowicy, leżało zatem w zakresie możliwości. Dnia 20. godzina 21.10 i dnia 21. godzina 6,10, tj. po 52- i 61- godzinnem działaniu, znajduje się przy badaniu mikroskopowem zajętą już tylko lewą komorę, wreszcie dnia 21. godzina 12,30, tj. po 67-godzinach, czyli po niespełna 3 dobach, można zakażenie uważać za stłumione.

Spostrzeżenia te przedstawiają, jak sądzę, wybornie wpływ surowicy na sprawę zakaźną. Możemy tu śledzić sprawę niszczenia zarazków krok za krokiem i stwierdzamy działanie z którem nawet wpływ leczniczy surowicy przeciwbłoniczej nie może się mierzyć. Widzimy jednak równocześnie jasno, że do osiągnięcia wyniku leczniczego potrzebna jest bezwarunkowo ciągłość działania.

Otóż, jeżeli pod wpływem obrzęku mózgowia nastąpi znaczne zacieśnienie komór, to utrzymanie tej ciągłości może być niełatwe. Choćbyśmy nawet wypełnili komory surowicą zupełnie nierozcieńczoną — co jest niemożebne, ale do czego się zbliżamy przy wstrzykiwaniach, dokonywanych przez nakłucia skroniowe — to cała ilość surowicy znajdującej się w komorach będzie niewielka, wszelki bowiem wstrzyknięty nadmiar wypłynie do przestrzeni podpajęczynówkowej już w czasie wstrzykiwania. Ponieważ zaś płyn mózgowordzeniowy, co prawda wydzielany w zmniejszonej ilości przez schorzałe sploty, musi mieć w komorach tem silniejszy prąd, im jamy te są węższe, więc te małe ilości surowicy, które po wstrzyknięciach znajdują się w komorach, zostają stamtąd szybko wypłukane.

Że tak jest rzeczywiście, dowodzą wyniki badań w przypadku 141*. Wstrzyknięcia, wykonane w 14. i 15. dniu choroby, w okresie miernego, ale wzrastającego zwężenia komór, nie oddziałały prawie zupełnie na sprawę, mimo wysokiej wartości surowicy (670, surowica warszawska — znak: Wr—A, lub A+B). Z badań okazało się, że w dniach 16., 17. i 18., każdym razem w 24 godzin po wstrzyknięciach dokomorowych, obustronnych, przez nakłucie skroniowe, można było w płynie rdzeniowym stwierdzić pewną, niewielką domieszkę surowicy końskiej, 0,02—0,2%; wystarczyła ona do tego, że płyn z dnia 18., w rozcieńczeniu 1 : 2 dał odczyn odchylenia dopełniacza. Przeciwnie w płynach komorowych można było wykazać w dniach 16. i 17. — w dniu 18. nakłucie komór się nie udało — tylko niepewne ślady surowicy końskiej, mogące odpowiadać, conajwyżej, rozcieńczeniu $^1/_{33000}$, czyli zawartości 0.003%, tj. rozcieńczeniu 50 razy większemu od tego, które stanowiło granicę odczynu odchylenia dopełniacza. Przyjmując zawartość surowicy w komorach, bezpośrednio po wstrzyknięciu, na 32% i opadanie według postępu geometrycznego, dochodzi się do wniosku, że surowica osiągała tu w 14 godzin po wstrzyknięciu to rozcieńczenie, poniżej którego odczyn odchylenia dopełniacza wypada ujemnie. Mamy więc w przypadkach ze zwężeniem komór ten opaczny pozornie wynik, że, mimo wstrzykiwania dokomorowego, działanie surowicy właśnie na komory jest zupełnie niedostateczne, a przeciwnie w przestrzeni podpajęczynówkowej wystarczająco silne i ciągłe, co jednak niema żadnego wpływu na sprawę zakaźną.

W tych warunkach należy albo wstrzykiwać 2—3 razy na dobę, w równych odstępach, alboteż wstrzymać się zupełnie z wstrzykiwaniami aż do czasu, gdy komory dostatecznie się rozszerzą. U dzieci i u osób młodych można mianowicie, według moich spostrzeżeń, z wielkiem prawdopodobieństwem, liczyć na to, że skutkiem postępującego zwężenia rowków mózgowych odpływ płynu z komór zostanie wkrótce o tyle ograniczony, iż nastąpi rozszerzenie komór. Można to było spostrzegać w omawianym przypadku. Już w dwa dni po stwierdzeniu zupełnego zamknięcia komór, tj. 20. dnia choroby, kiedy chora nagle straciła przytomność, zastano przy zabiegach komory dostatecznie szerokie, a temsamem korzystne warunki dla leczenia surowicą. Jednak polepszenie odpływu, związane z działaniem surowicy, wiedzie w tych przypadkach niekiedy znowu do zwężenia komór, co u naszej chorej zaznacza się dnia 20. wieczorem, a w przypadku 142* dwukrotnie, mianowicie dnia 14. i 15. i znów, głównie po stronie prawej,

począwszy od południowych zabiegów w dniu 19. aż do wyzdrowienla.

Ostatni przypadek przedstawiał się jako zagadnienie lecznicze bardzo trudne do rozwiązania, a to dlatego, że nietylko komory były tu wąskie, ale jeszcze surowica, którą rozporządzałem, małowartościowa (warszawska B.: 20, amerykańska wielowartościowa: 67). Położenie byłoby więc zupełnie beznadziejne; na szczęście wymienione niekorzystne okoliczności były w pokaźnej mierze wyrównane znacznem obniżeniem wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego, a zatem i powolnem wypłukiwaniem surowicy z komór. O tem wypłukiwaniu można sobie wyrobić pewne pojęcie już na podstawie zawartości białka w płynach komorowych; należy tylko zauważyć, że wpływać musi na nią prócz tego w znącznej mierze dowóz osocza krwi, wiążący się ze sprawą zapalną. Dowóz ten zależy znów przedewszystkiem od natężenia ropienia (p. przypadek 125*). Zastój płynu w komorach łączy się zresztą z reguły z wyraźnem ropieniem tak, że oba te czynniki działają równocześnie w kierunku podniesienia zawartości białka. Otóż dnia 13. było w naszym przypadku przed wstrzyknięciem surowicy, białka po stronie prawej 0,03%, po lewej 0,045%, w $1^1/_2$ zaś godziny po zakończeniu wstrzykiwania po obu stronach 1·25%. Znaczenie tych liczb okaże się w pełnem świetle, gdy je porównamy z liczbami otrzymanemi w podobnych warunkach w przypadku 141*. Tam w początkach spostrzegania znajdowano w płynach komorowych przeważnie tylko 0·01% białka, a często znacznie mniej; dnia zaś 20., kiedy sprawność splotów widocznie już więcej ucierpiała i wzmogło się ropienie, było przed wstrzyknięciem surowicy po stronie lewej 0.025% białka, po prawej 0.035%, zaś w godzinę po zakończeniu wstrzykiwania po lewej 0·3%, po prawej 0·12%. Wynika z tego, że w przypadku 141*, w komorze prawej, zawartość surowicy, w godzinę po wstrzyknięciu spadła do $^1/_{10}$ tego, co jej było w obu komorach w przypadku 142* w $1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu. Podobne wnioski — przez co zyskujemy cenne potwierdzenie - można wysnuć z oznaczeń surowicy zapomocą surowicy precypitującej surowicę końską. W przypadku 141* w godzinę po wstrzyknięciu oba płyny zawierały tylko 3% surowicy, w przypadku 142* w $1^1/_2$ godziny płyn komory lewej 20%, prawej 30%.

W związku z powolnem wypłukiwaniem surowicy znajdujemy w przypadku 142* dnia 13. wieczorem, w 6 godzin z górą po wstrzyknięciach, w płynach komorowych znaczne ilości surowicy, mianowicie 8 i 10%. Jednak wobec małej wartości surowicy (20), zbliżyło się temsamem jej rozcieńczenie do granicy odczynu wiązania dopełniacza. Dnia 14. znajdujemy w 12 godzin po wstrzyknięciach, w płynach komorowych, po prawej tylko 1%, po lewej 2.5% surowicy, co tłumaczy, że odczyn wiązania dopełniacza wypada ujemnie. Dnia 15., w 24 godzin po wstrzyknięciach, stwierdzono w komorze prawej tylko 0.005% surowicy. W tym czasie zawartość surowicy opadała widocznie bardzo szybko w związku ze znaczniejszem zwężeniem komór, które się wtedy zaznaczyło. Z wyników tych musiano wysnuć wskazanie, żeby powtarzać wstrzykiwania w odstępach 8 godzinnych. Z powodu zwężenia komór, stwierdzonego dnia 14 i 15., musiano jednak wstrzymać wstrzykiwania na 3 dni i przystąpiono do nich dopiero dnia 18., gdy komory już się dostatecznie rozszerzyły.

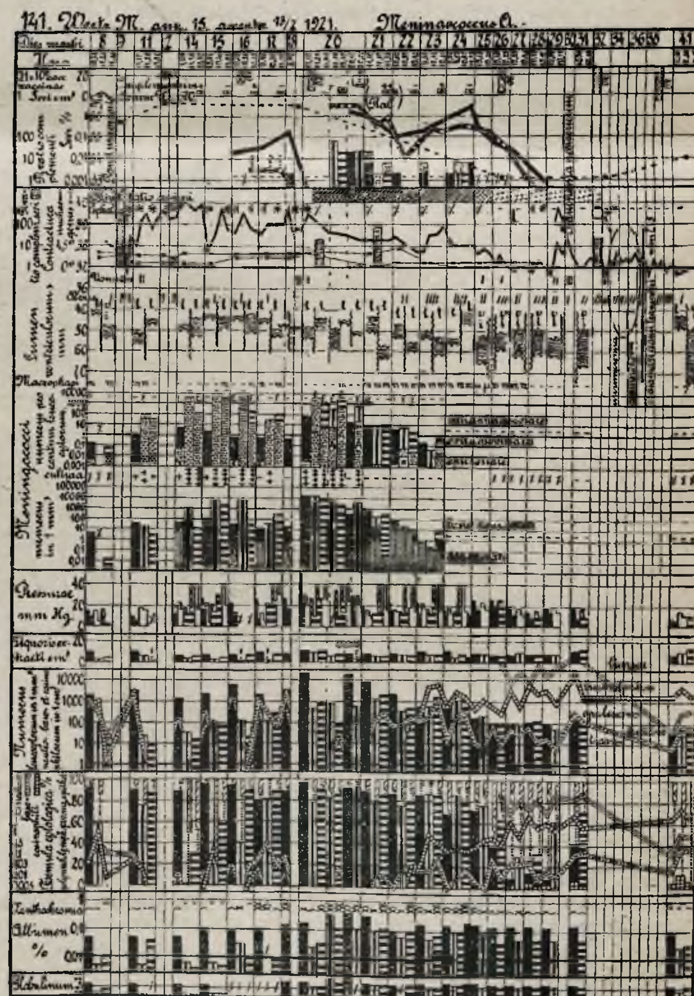
W omawianych przypadkach uzyskano przez czekanie na rozszerzenie się komór lepsze warunki dla działania surowicy i osiągnięto na tej drodze wyleczenie. Trzeba sobie jednak zdawać jasno sprawę z tego, że czekanie połączone jest z niemałemi niebezpieczeństwami. W przypadku 141* rozwinął się dnia 20. nagle nadzwyczaj ciężki stan kliniczny i tylko przez bezwłoczne wkroczenie udało się chorą ocalić od niechybnej śmierci; pozostały jednak pewne trwałe skutki, w szczególności wodogłowie, na szczęście niewielkiego stopnia. Przypadek 110* dowodzi jednak, do czego podobne stany wiodą, jeżeli pomoc się opóźni, ale chory mimoto pozostanie przy życiu. Rozwinęły się tam w następstwie rozległe porażenia kurczowe, niemota i niedołęstwo umysłowe, a tłem anatomicznem było wodogłowie i zaniki kory mózgowej.

Drugie niebezpieczeństwo, które grozi, to powstanie ropogłowia. W przypadku 142*, dnia 18. rozwój tego groźnego powikłania był już w toku. Niebezpieczeństwo jest tem większe, im bardziej jest upośledzone wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Trzecia możliwość, z którą, mianowicie w późniejszym wieku, musimy się liczyć, to pozostanie komór w stanie zwężonym aż do śmierci.

Nie wyłączoną jest jednak i czwarta możliwość, a stanowi ją wyleczenie samoistne (przypadek 136*). To korzystne zejście może jednak nastąpić prawdopodobnie tylko wtedy, gdy chory okazuje znaczne uodpornienie ogólne swoiste. W przypadku 142* nie można było badaniem surowicy chorego co do wiązania dopełniacza stwierdzić żadnego uodpornienia, mimo stosowania szczepionki; w przypadku 141* istniało wprawdzie uodpornienie ogólne miernego stopnia — najwyższe dnia 9., kiedy surowica chorej dawała pełny odczyn w rozcieńczeniu 1 : 67, ślad w rozcieńczeniu 1 : 200 — ale z powodu znacznego rozcieńczenia osocza przy przejściu z wysiękiem zapalnym do komór, czego wyrazem była niska zawartość białka w płynach komorowych, nie rozciągało się ono na komory.

Wobec tego, że czekanie na rozszerzenie się komór jest niebezpieczne, bardziej celowem jest powtarzanie wstrzykiwań w odpowiednio krótkich odstępach. Niekiedy jednak, z powodu zwężenia komór, wykonanie zabiegów jest niemożebne, a wtedy czekanie narzuca się nam siłą faktów.



Przypadki.

Prypadek 141*. M. W., dziewczyna 15-letnia, zachorowała nagle, wśród typowych objawów: 2 dnia rzucanie się i utrata przytomności, ale tylko na 12 godzin; 3 dnia ogłuchnięcie.

Początkowo nie wydawało się, że przypadek jest bardzo ciężki, a wobec znacznego uodpornienia ogólnego można było na-

wet spodziewać się korzystnego przebiegu. Zaznaczały się jednak wyraźnie objawy wklinowania mózgowia w otwór potyliczny wielki: wskaźnik białkowy był wysoki, różnica ciśnienia między komorami a kanałem kręgowym znaczna. Przytem sprawa zakaźna miała wyraźną skłonność do wzmagania się, zwiększała się bowiem ilość meningokoków w komorach, a odczyn komórkowy stawał się coraz bardziej niedostateczny. Dnia 14., przy bardzo silnem zakażeniu w komorach, zwłaszcza w lewej, stwierdza się tylko objawy zapalenia surowiczego. Co więcej, komory były zwężone, a zwęziły się, jak o tem już wspominałem, jeszcze więcej, gdy zaczęto wstrzykiwać surowicę; w końcu, dnia 18., nakłucie komór zupełnie się nie powiodło. Podczas zabiegów w tym dniu obfite krwawienie z igiełki na różnej głębokości, widocznie z drobnych żyłek, jako objaw przekrwienia biernego. Pewna poprawa zakażenia, którą poprzednio uzyskano, idzie na marne, skutkiem przymusowej przerwy w stosowaniu surowicy. Już dnia 19. zaznaczyło się też wyraźne pogorszenie w klinicznym stanie: chora jęczała więcej, mniej spała, nie chciała jeść, skarżyła się na silny ból głowy, parę razy wymiotowała. Dnia 20. rano wystąpiła nagle utrata przytomności. Mimo to, że wkroczono wtedy bezzwłocznie i przy dostatecznie szerokich komorach, uzyskano zapomocą surowicy szybko wybitny wpływ na sprawę zakaźną, a następnie zupełne jej stłumienie, bezprzytomność — z przelotną i częściową tylko przerwą po wpuszczeniu płynu rdzeniowego w dniu 20. — utrzymywała się przez całe 3 doby: źrenice szerokie, spojówki nastrzykane, oddawanie stolca i moczu pod siebie, nieprzyjmowanie pokarmów, ani napojów tak, że w końcu trzeba było przystąpić do karmienia zgłębnikiem przez nos. Często, zwłaszcza po podrażnieniu chorej, np. przy prześcielaniu łóżka, pojawiły się w tym czasie prężenia tężcowe kończyn trwające do 5 minut. Objaw ten powtarzał się, w coraz mniejszem natężeniu, do 26. dnia choroby. Dnia 21. sztywność karku ustąpiła zupełnie, ale chora oddziaływała na bierne zginanie głowy przykurczeniem ud i bezdechem, oraz stękaniem, utrzymującem się pewien czas. Od 21. dnia osłabienie, a między 23—27 dniem zupełne zniesienie odruchów ścięgnistych, przedewszystkiem kolanowych.

Pewna poprawa tego stanu zaznaczyła się już w dniu 22., wyraźniej zaś dnia 23. Chora wykonywała już pewne ruchy rękoma, otwierała powieki, płyny, chociaż z trudnością, połykała. Dnia 25. połykała lepiej; dnia 27. jadła trochę sama: posadzona na łóżku siedziała; podawała rękę na powitanie; pokazywała język na żądanie; na pytanie, czy ją głowa boli, odpowiedziała wyraźnie „nie". Dnia 29. wołała już czasem o basen, mogła się już oprzeć na nogach; dnia 33. schodziła sama z łóżka, zaczęła się uśmiechać i przestała się zanieczyszczać.

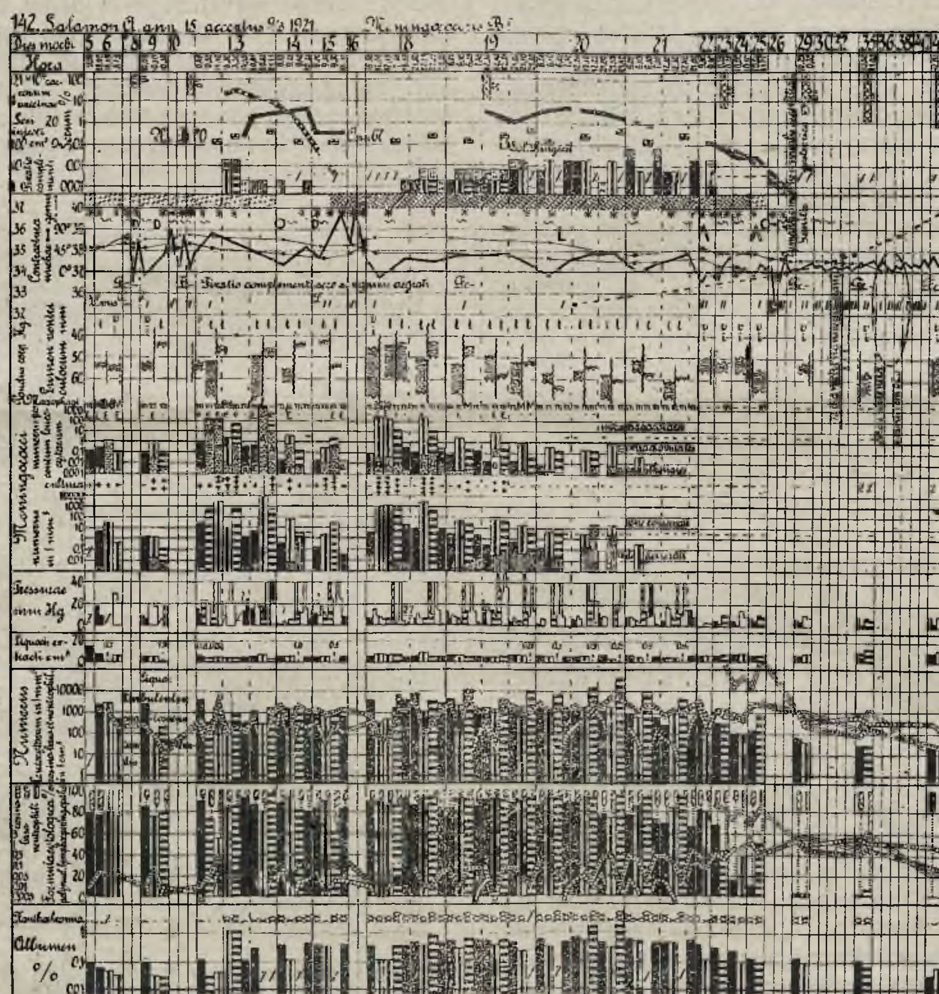
Między dniem 29—31 przypadłości posurowicze z wyraźnem zaostrzeniem się ropienia w komorach.

Jako następstwa przebytej choroby pozostały, oprócz głuchoty, pewne trwałe zboczenia; lekki niedowład nerwu twarzowego lewego, mierne wodogłowie, wyraźne utrudnienie odpływu z komór ku kanałowi kręgowemu. Chora, po powrocie do domu, chodziła początkowo pochylona i niepewnie; potem jednak chód był prawidłowy. Władze umysłowe wróciły w zupełności.

Przypadek 142*. A. S., chłopiec 15-letni. Pierwszego dnia choroby, obok objawów gorączki, tylko łamanie rąk i nóg. Dnia 2. „straszne" bóle głowy, wymioty, potem znaczne przymglenie przytomności i senność, utrzymujące się przez 24 godzin. Dnia 4. opryszczki; bóle głowy w dalszym ciągu gwałtowne, wymioty przy przewracaniu chorego, stolec zaparty.

Przypadek przedstawiał się od początku jako ciężki, nietyle ze względu na stosunki zakażenia, które było średniego stopnia, ile na objawy, świadczące o znacznym ucisku mózgowia. Już objawy kliniczne były wymowne: wybitne wzmożenie odruchów kolanowych, wyraźne drżenie stopowe, drżenie odruchowe kończyn, drżenie gałek ocznych, tętno niskie, 72—60, i nieco niemiarowe Badania przemawiały też rzeczywiście za zwężeniem komór, za wklinowaniem mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (znaczna różnica między ciśnieniem komorowem a lędźwiowem), za zwężeniem rowków mózgowych (średni wskaźnik białkowy mimo wklinowania). W dalszym przebiegu zaznaczyła się wyraźnie skłonność do pogarszania się sprawy zakaźnej, gdyż ilość meningokoków w komorach podniosła się. Znając warunki, które powyżej określiłem, łatwo zrozumieć wyniki, otrzymane przy stosowaniu surowicy. W dniu 13., kiedy komory, pierwotnie zwężone, nieco się rozszerzyły, wykonano trzy pary wstrzyknięć, mianowicie o godzinie 12., 14. i 21. Zaznaczyła się potem wyraźna poprawa w stosunkach zakażenia i objawach klinicznych. Gdy jednak następnie zaczęto wstrzykiwać w odstępach jednodniowych, spowodowało to, od dnia 15. począwszy, wybitne pogorszenie. Ze względu na ponowne zwężenie się komór musiano wstrzymać wstrzykiwanie do dnia 18. i wtedy, już przy dostatecznie szerokich komorach, wstrzykiwano systematycznie w odstępach około 8-godzinnych. Wynik leczniczy, który osiągnięto, tembardziej zasługuje na uwagę, że dnia 18. należało już przyjąć istnienie początków ropogłowia; płyny wydobywały się z komór w miarę wypływu coraz bardziej mętne, w końcu płyn zawierał strzępki ropy.

Przy nakłuwaniu komory, dnia 21. wieczorem wystąpił dość znaczny krwotok tętniczy z igiełki. Chory zaczął narzekać na bole w plecach, był niespokojny, zażądał, żeby go posadzić, spocił się,



zbladł; tętno 76, niemiarowe. Potem chory powoli się uspokoił. Zabieg przerwano i następnych dni robiono już tylko nakłucia na szczycie czaszki. Na szczęście, wyleczenie sprawy swoistej było już w tym czasie zupełne. Jestto na całą, wkraczającą już w tysiące, ilość nakłuć komorowych, które wykonałem, jedyny wypadek krwotoku, skutkiem przerwania jakiejś drobnej tętniczki.

Jako zaburzenie posurowicze wystąpiło tu dnia 28. zapalenie gruczołów chłonnych miejscowych, mianowicie gruczołów poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym, poniżej wyrostka sutkowego; tego samego dnia niewyraźna wysypka plamista, a dnia 29. zapalenie stawu kolanowego lewego.

W przypadku tym nie pozostały po chorobie żadne zaburzenia trwałe; rozmiary komór były z końcem spostrzegania zupełnie prawidłowe.

Wnioski:

1) Utrzymanie ciągłości działania surowicy w komorach przez kilka dni jest warunkiem nieodzownym do osiągnięcia celu leczniczego w ciężkich przypadkach

2) Jeżeli — skutkiem obrzęku mózgowia — komory są znacznie zwężone, to, aby ten warunek spełnić, nie wystarcza wstrzykiwać surowicę dokomorowo, codziennie, choćbyśmy ją nawet stosowali obustronnie, przez nakłucie skroniowe; prąd płynu mózgowo-rdzeniowego wypłukuje bowiem w takich razach surowicę z komór bardzo szybko.

3) O szybkości przepłukiwania komór płynem można do pewnego stopnia wnosić już z zawartości białka w płynach komorowych przed wstrzyknięciem. Jeszcze ściślejszą wskazówkę daje zawartość białka w 1—1½ godziny po wstrzyknięciu. Ale najjaśniej przedstawiają się nam te stosunki, jeżeli po wstrzyknięciach oznaczamy w płynach badanych zawartość surowicy leczniczej zapomocą surowicy strącającej surowicę końską. Uzupełnić to można jeszcze badaniem płynów co do wiązania dopełniacza.

4) Okazuje się, że przy zwężeniu komór może zawartość surowicy już po ½, albo ⅓ doby spadać do granicy odczynu wiązania dopełniacza, z czem działanie lecznicze ustaje. Wtedy konieczne jest wstrzykiwanie powtarzać dwa, albo trzy razy na dobę, w równych odstępach.

5) U osób młodszych można wstrzymać się ze wstrzykiwaniami aż do chwili, gdy się komory rozszerzą i gdy się temsamem poprawią warunki dla działania surowicy. Czekanie takie nie jest wolne od poważnych niebezpieczeństw. Jesteśmy jednak do niego w pewnych przypadkach zmuszeni, jeżeli, z powodu zacieśnienia komór mózgowych, nakłucia tych jam się nie udają.

Poprzednie prace:

Doniesienie I. przypadki 1*—14*, Przegl. lek. 1916 nr. 1. i 2, i Wiener kl. Wochenschrift 1916 Nr. 8.

Doniesienie II. przypadki 15*—62* Przegl. lek. 1917 Nr. 45. i Wien. kl. Woch. 1918 Nr. 21.

Doniesienie III. przypadki 63*—84*, Przegl. lek. 1919 Nr. 16—18. i Archives des Mal. des Enfants. 1919 Nr. 12.

Doniesienie V. przypadki 85*—114*, Przegl. lek. 1920 Nr. 3. i Arch. des Mal. des Enfants. 1921 Nr. 6. i 7.

Przypadek 115*. Akad. Nauk Lekarskich (w druku).

Doniesienie VI. przypadki 116*—140*, Akad. Nauk Lek. (w druku).

P. także mój artykuł w „Podręczniku chorób zakaźnych„ pod redakcją Sterlinga Okuniewskiego (w druku).

Doc. dr. T. Ostrowski. Lwów.

Przyczynek do techniki wycinania wola.

Z oddziału chir. dla dzieci Państw. Szpitala powsz. we Lwowie.

Wycinanie klinowate wola, zalecone przez Mikulicza, ma niezaprzeczenie wielkie zalety w porównaniu z pierwotną metodą Kochera, tak zw. jednostronnem wycięciem (»*Haemistrumectomia*«). Główne zalety tej metody polegają na tem, że po nacięciu torebki samego wola, widzimy dokładnie, co wycinamy, to znaczy możemy dokładnie zobaczyć, jak dalece i w jakich rozmiarach uległ miąższ zwyrodnieniu; części więcej zmienione możemy usunąć. Pozostawiając części gruczołu niezmienione, lub mało zmienione a w każdym razie jeszcze przydatne dla organizmu, pozostawiając przy klinowatem wycięciu części gruczołu tarczowego po jednej stronie szyji, możemy tem swobodniej usunąć część powiększonego zwyrodniałego gruczołu po drugiej stronie szyji, przez co uzyskujemy też, co prawda, najmniej ważny, jednak nie bez znaczenia, dobry wynik kosmetyczny, usuwając równomiernie z obydwu stron tchawicy części powiększonego gruczołu tarczowego. Najważniejszą, jednak zaletą metody Mikulicza jest ta okoliczność, że, pozostawiając przy niej nienaruszoną część tylną torebki gruczołu tarczowego wraz z przylegającą do niej częścią miąższu gruczołu, unikamy najłatwiej uszkodzenia nerwu krtaniowego i znajdujących się w jego sąsiedztwie gruczołów przytarczowych, usuwając przy tem powiększony gruczoł w rozległych granicach.

Jedną miewa, co prawda, ta metoda wadę, a mianowicie, że nieraz, pomimo systematycznego podwiązania wszystkich głównych pni tętniczych (*art. thyreoid. super. et infer.*), krwawienie bywa bardzo znaczne (Joege, v. Mantleufel, Schloffer), zwłaszcza w przypadkach choroby Basedowa, w przypadkach leczonych poprzednio bez korzystnego wyniku promieniami Roentgena i w przypadkach wogóle, wola bogato unaczynionego.

Chcąc zapobiedz w takich przypadkach krwawieniu, stosuję, po podwiązaniu tętnic i żył głównych, systematyczny szereg obkłuć miąższu gruczołu tarczowego, obkłucia te zakładam na wzór obkłuć Heidenheina na powłokach czaszki przy trepanacjach, tj. szereg pojedyńczych węzełkowych obkłuć, przyczem każde następne obejmuje część poprzedniego. Obkłucia te zakładam w jednej płaszczyźnie, strzałkowej tj. od górnego bieguna jednej połowy wola do jej dolnego bieguna, robiąc obkłucia dużą wygiętą igłą, staram się zachwycić w szew możliwie całą grubość gruczołu, jednak baczną uwagę zwracam na to, aby igły nie wykłuć na tylnej stronie gruczołu tj. w tej okolicy, gdzie przebiega nerw krtaniowy i gdzie znajdują się gruczoły przytarczowe. Szwy te prowadzę, jak wspomniałem, w jednej płaszczyźnie strzałkowej, pozostawiając na zewnątrz od tej płaszczyzny tę nieznaczną część gruczołu tarczowego, która ma nadal pozostać; część, leżąca na wewnątrz od tej płaszczyzny obkłuć, przeznaczona jest do wycięcia. Szwy obkłuwające zakładam, rozpoczynając od górnego bieguna, po zawęźleniu końce nitek (*catgut*) pozostawiam długie i, ująwszy je w kleszczyki Kochera, naciągam ku górze, co w znacznej mierze ułatwia wydobycie wola z głębi, zwłaszcza w przypadkach, gdzie część wola tkwi poza kością mostka. Stopniowo, zakładając te szwy i stale naciągając je ku górze, utrzymujemy cały gruczoł ponad poziomem rany, przyczem nie dotykamy go palcami, co nam zapewnia lepszą aseptykę. W przypadkach wola pozamostkowego sposób ten okazał się bardzo praktycznym, niezaprzeczenie prostszym, aniżeli skomplikowane sposoby Sauerbrucha i Enderlena (*Mediastinotomia longitudinalis*), a tembardziej Friedricha i Wilmsa (*Sternotomia transversa*). Po wydobyciu wola po jednej stronie szyji z głębi jego łożyska, przy zastosowaniu tego obkłucia, zapobiegającego krwawieniu, nacinamy nożem cały płat od górnego bieguna do dolnego w płaszczyźnie równoległej płaszczyźnie szwów, na wewnątrz od nich, drugie cięcie prowadzimy blisko cieśni wola (*isthmus*), przyczem płaszczyzny cięć schodzą się ku tyłowi, obejmując szerokie, klinowate części wola, przeznaczone do usunięcia. Krwawienie bywa minimalne, od strony cieśni nieraz strzyka parę drobnych naczyń, które zachwytuję w kleszczyki. Pozostaje teraz zaopatrzenie głęboko ziejącego ubytku w gruczole tarczowym; do tego służą te same obkłuwające szwy, których długie końce, po zawęźleniu były ujęte w kleszczyki Kochera razem z igłami. Otóż teraz, po usunięciu klinowatej części wola, zeszywamy pozostałe części, t. j. znajdującą się na wewnątrz od płaszczyzny naszych szwów i drugą znajdującą się wzdłuż tchawicy, przyczem zeszywamy je szwami już tkwiącemi tutaj i zawęźlonemi już poprzednio, teraz prowadzimy te szwy w płaszczyźnie wieńcowej i, zawęźlając je kolejno od góry do dołu, zbliżamy pozostające części gruczołu tarczowego, pokrywając powstały w nim ubytek. W przypadkach, gdzie wól jest obustronny, postępujemy podobnie po stronie przeciwnej szyji, o ile naturalnie rodzaj i pochodzenie powiększonego gruczołu tarczowego nie wymaga innego zabiegu (np. wyłuszczenie wola torbielowatego).

Sposób opisany przezemnie różni się zasadniczo od opisanego przez Hartերta i Claessena; autorowie ci zale-

cali zakładanie »cugli« na gruczoł tarczowy, mając na celu łatwiejsze wydobycie wola z jego nieraz głębokiego łożyska, cugle te odpadały wraz z wyciętą częścią wola. Wspomina co prawda, Claessen, że nieraz po wycięciu wola krwawienie bywa znaczne i że wówczas obkłuwanie pozostałej części wola może być pomocnem; mój sposób różni się tem, że obkłucia rozkładam zapobiegawczo, uprzedzając krwawienie, przez systematyczne i planowe zakładanie szwów na wzór szwów Heidenheina przy trepanacji czaszki; w czasie operacji szwy te, jak »cugle« Harterta, ułatwiają całą manipulację, zapewniając ściślejsze postępowanie bezgnilne, a wreszcie, dzięki tym szwom, pozostałe części wola zanikają, tem samem więc zapobiegamy nawrotom.

Dr. Karol Rozenfeld. Częstochowa

Grypa hiszpańska i gruźlica płuc.

(Dokończenie).

W naszem piśmiennictwie pierwszy Krokiewicz [3] zwrócił uwagę na różnicę, jaka w stosunku do gruźlicy płuc zachodzi między grypą hiszpańską a grypą właściwą. Na ogólną liczbę 320 przypadków grypy hiszpańskiej autor tylko u 2 chorych spostrzegał zejście śmiertelne przy rozległych zmianach gruźliczych w płucach, w kilku przypadkach sprawy początkowej widocznego pogorszenia nie zauważono. Fakty te, zdaniem autora, mogłyby służyć poniekąd za dowód, że epidemja grypy hiszpańskiej nie jest bezwzględnem powtórzeniem grypy z roku 1890—1892, którą cechowała szczególna skłonność do napastowania chorych gruźliczych i pogarszania ich stanu *).

W piśmiennictwie zagranicznem najciekawszą z naszego stanowiska jest praca lekarza ameryk. Armstrong'a [4]). Autor ten stwierdza, że najwięcej złośliwe i śmiertelne postacie grypy hiszpańskiej były przeważnie udziałem ludzi zdrowych wówczas, kiedy suchotnicy wykazali dziwną pod tym względem odporność. Daty statystyczne, zebrane przez organizację wykazu zdrowia publicznego i gruźlicy (*Community Health and Tuberculosis Demonstration*) w wielu miastach Stanów Zjednoczonych, dostarczają w tej sprawie sporo ciekawych i pouczających faktów. Tak np. podczas pierwszej fali epidemji w Framingham zachorowało na grypę hiszpańską 16 % całej ludności, natomiast wśród mieszkańców chorych na gruźlicę stwierdzono tylko 4 % zachorzeń. Większość ich ze względu na warunki życia i pracy była narażona na zakażenie nie mniej od ludzi zdrowych. Odsetek śmiertelności jednych i drugich wykazuje tak samo rażącą różnicę. Badania, dokonane w innych miastach, dały naogół wyniki dość zgodne. W Washington i St. Louis, które zamieszkują gromadnie murzyni, złośliwe postacie grypy zdarzały się o wiele rzadziej wśród ludności murzyńskiej, jak białej. A jednak wielkie rozpowszechnienie gruźlicy wśród murzynów jest faktem pospolicie znanym. Posuwając się w uogólnieniu o jeden krok dalej, możnaby mówić o mniejszej lub większej odporności rasowej. Podług statystyki z Framingham, odsetek gruźlicy u wszystkich mieszkańców wynosił 2,2 %, u Włochów — 0.5 %, u Irlandczyków — 4.9 %. W czasie epidemji zapalenie płuc występywało u Włochów cztery razy częściej, niż u Irlandczyków. Drugą pracą, która w piśmiennictwie amerykańskiem zasługuje na uwagę, jest artykuł prof. Fishberga [5]). Autor po krytycznem rozważeniu materjału własnego i innych lekarzy przychodzi do wniosku, że między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc niema żadnego etjologicznego związku. Zmiany stare zagojone lub skryte po przejściu tej choroby nie ulegały wcale zaostrzeniu. Fishberg podkreśla, że w roku ubiegłym nie widział ani jednego przypadku gruźlicy, któryby można było uważać za następstwo grypy.

*) Ciechanowski (Przegl. lek. Nr. 42. 1918), na 38 sekcji zmarłych na grypę hiszpańską spostrzegał w roku 1918 w trzech tylko nieznaczną gruźlicę szczytów, Nowicki (Przegl. lek. Nr. 47. 1918) w tym samym czasie na 84 sekcji widział u 6 zmarłych zagojoną gruźlicę szczytów, u 2 postępującą; Rencki zaś zauważył w tym samym czasie zmniejszenie się na oddziale liczby chorych na gruźlicę (Przegl. lek. N. 42 1918). (Przyp. redakcji).

Przebieg jej u suchotników nie był cięższy i więcej złośliwy, niż u ludzi zupełnie zdrowych. Jak dowodzi statystyka życiowa i sanatoryjna, śmiertelność z gruźlicy mimo epidemji grypy nie zwiększyła się wcale. W piśmiennictwie niemieckiem zasługuje na wzmiankę praca Dorna. [6]) Autor na podstawie spostrzeżeń w sanatorjum Wilhelmsheim podaje, że odporność suchotników w poszczególnych falach epidemji przedstawiała wybitne różnice. W lecie 1918 r. z pośród 184 chorych zakładu zapadło na grypę 111 czyli 60 %, przyczem średnio u 4.5 % stwierdzono czasowe lub trwałe pogorszenie gruźlicy. W czasie epidemji zimowej, która grasowała w sąsiedztwie i wyróżniała się wielką złośliwością, nie zachorował ani jeden z chorych.

Stosunek między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc był przedmiotem szczególnego zainteresowania autorów francuskich (Bricaire, Ménard, Weill, Roubier, Ameuille, Debré i Jacquet, Hutinel). Mimo różnic w poglądach poszczególnych autorów, większość przyznaje, że środowiska gruźlicze były rzadko nawiedzane przez grypę, że przebieg jej był zazwyczaj lekki i śmiertelność chorych nie zwiększała się wcale (Ameuille, Debré i Jacquet [7]). Wyjątkowo w niektórych zakładach spostrzegano zachorzenia masowe, dochodzące nawet do 80 % ogólnej liczby chorych (Menard [8]). Najczęściej grypa nie wywierała żadnego wpływu na gruźlicę rozwiniętą czynną (Debré, Jacquet, Burnand [9]), rzadziej występowało pogorszenie czasowe lub trwałe (Menard). Wybuch gruźlicy ostrej spostrzegany był bardzo rzadko. W 3 przypadkach Lortat-Jacob'a [10]) po przebyciu grypy rozwinęły się suchoty galopujące u kobiet, które przed rokiem, 2 i 10 laty, chorowały na zapalenie opłucnej. W pewnej liczbie przypadków grypa zdawała się być bodźcem, budzącym z uśpienia gruźlicę starą, nieczynną i skrytą (Burnand, Debré, Roubier [11]), podług Hutinela [12]), zdarza się to wyjątkowo rzadko.

Kończąc przegląd piśmiennictwa, nie mogę pominąć milczeniem pracy kol. Filińskiego [13]) w Gazecie lekarskiej. Autor stwierdza, że podczas epidemji w Bajarce pod Kijowem 70 % chorych gruźliczych zapadło na grypę, u 32.5 % sprawa w płucach uległa pogorszeniu, a »w 20 % u ludzi do tego czasu zdrowych suchoty rozwinęły się bezpośrednio po przebytej influency». Na zasadzie tych danych autor wnioskuje, że grypa hiszpańska była poważnym czynnikiem etjologicznym w powstawaniu gruźlicy płucnej i w przeistaczaniu sprawy łagodnej i umiejscowionej w złośliwą i rozianą. Szkoda, że autor nie wymienia ogólnej liczby spostrzeganych przez siebie przypadków, a ogranicza się do podania odsetkowego ich ugrupowania. Sądzę, że wniosek o tuberkulizującym wpływie grypy hiszpańskiej, zwłaszcza u ludzi zdrowych, może podlegać dyskusji.

Z tego krótkiego przeglądu piśmiennictwa widzimy, że stosunek grypy hiszpańskiej do gruźlicy płuc kształtował się prawie jednakowo w różnych krajach Europy, Ameryki i nawet Afryki *). Poza nielicznymi wyjątkami badania większości autorów potwierdzają fakty, spostrzegane w Częstochowie przezemnie i innych kolegów. W ten sposób, odrzucając wpływ okoliczności przypadkowych, możemy mówić o względnej odporności suchotników na grypę hiszpańską, jako o fakcie ustalonym i stwierdzonym przez liczne badania. Fakt ten budzi wiele ciekawych i ważnych pod względem naukowym rozważań. W pierwszym rzędzie nasuwa się wątpliwość, czy słusznie uważamy i nazywamy »hiszpankę«, grypą, skoro w porównaniu z epidemją 1890—1892 r. oddziaływanie jej na chorych gruźliczych miało tak odrębny charakter. Ponieważ badania bakterjologiczne nie doprowadziły do zgodnych wyników, nasze pojęcia o etjologji hiszpanki wymagają tembardziej sprawdzenia. Powtóre, powstaje pytanie, jakie mogą być przyczyny różnego zachowania się względem tej choroby su-

*) W krótkiej korespondencji do redakcji Lanceta Dr. MacRaez Bloemfontein (Afryka południowa) podaje, że chorzy z przewlekłemi cierpieniami płucnemi, nie wyłączając gruźlicy, znosili bardzo dobrze grypę, że cierpienia te zdawały się niejako zabezpieczać ich ustrój od złośliwych powikłań. (vol. I. 1919., str. 280).

chotników i zdrowych. Analogja z innemi chorobami zakaźnemi wskazuje, że zjawisko to w patologji nie jest wyjątkowe. Z doświadczenia codziennego wiemy, że ofiarą duru brzusznego padają bardzo często ludzie tędzy, zdrowi, doskonale zbudowani, a tymczasem osobniki wątłe, szczupłe, nieraz chorowite wychodzą ręką obronną z tak ciężkiej choroby. Suchotnicy naogół znoszą ją nieźle (Biegański), chociaż w następstwie cierpienie płucne ulega pogorszeniu, i rozwijając się w postaci ostrej, często prowadzi do śmierci. Ale analogja z durem brzusznym przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie daje na powyższe pytanie żadnej odpowiedzi. Wychodząc z ogólnie znanych w teorji odporności założeń, można przypuszczać, że w rozwoju gruźlicy i grypy hiszpańskiej biorą udział jakieś wspólne czynniki, których wzajemny stosunek określa w każdym przypadku stopień odporności ustroju. Chociaż rola i znaczenie zakażenia mieszanego w gruźlicy płucnej jest dotąd przedmiotem sporów, jednakże wiele faktów przemawia za tem, że nie wszystkie jej objawy są dziełem lasecznika Kocha. Jest bardzo możliwe, że nie są tu pozbawione pewnego znaczenia drobnoustroje wtórne, jako to paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, gronkowce, odnajdywane w plwocinie i w tkankach chorobowo zmienionych. Hayes [14]) np. podkreśla szczególną częstość paciorkowca hemolitycznego, którego wykrywał w plwocinie, w dostępnych częściach dróg oddechowych, a na sekcji, w ścianach jam serowatych ognisk. Kto wie, czy mniej lub więcej stały pobyt tych drobnoustrojów w drogach oddechowych suchotników nie gra roli samodzielnego szczepienia ochronnego przeciw tym samym, tylko więcej jadowitym zarazkom, które w symbiozie, czy to z prątkiem grypowym Pfeiffera, czy też z innym nieznanym czynnikiem chorobo-twórczym wywołują, podług ogólnego mniemania, płucne powikłania «hiszpanki«. Skład flory bakteryjnej w symbiozie grypowej, jak wiemy, ulegał dość znacznym wahaniom w różnych miejscowościach, a nawet w różnych okresach epidemji miejscowej. To też od wzajemnego stosunku drobnoustrojów wtórnych w obu zakażeniach: gruźliczem i grypowem, mógłby zależeć w poszczególnym przypadku większy lub mniejszy stopień odporności ustroju. Oczywiście jestto przypuszczenie, którego przy dzisiejszym stanie nauki obronić i ściśle uzasadnić nie można.

W końcu pracy niniejszej czuję się w obowiązku wyrazić szczere podziękowanie kolegom miejscowym, oraz koledze Dobrowolskiemu z Rudki, za łaskawie dostarczone mi informacje i za możność korzystania z nich w druku.

Piśmiennictwo:

1) Wł. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych T. II. str. 19. — 2) A. Sokołowski. Wykł. klin. chor. dróg oddech. III. str. 319. — 3) A. Krokiewicz. Przegl. Lek. N. 28. VII. 1919, str. 120. — 4) D. B. Armstrong. Boston Medical and Surgical Journal I. 1919, ref w Lancet: The Disadventage of being healthy vol. I. 1919, str. 307. — 5) M. Fishberg. The American Rev. ot. Tub. XI. 1919. ref. w Lancet: Influenza in Tub. patients N. VIII. I. vol. 1920, str. 399. — 6) E. Dorn. Zeitschrift f. Tub. XII. 1919. — 7) Debré et Jacquet. Paris méd. N. 1. 1920. — 8) Ménard. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. N. 5. 1919, str. 101 i Przegl. Lek. N 1. 1920. — 9) Burnand (de Leysin). Rev. méd. de la Suisse rom. N. 3. 1920, ref w Revue de la Tub. N. 2—3. 1920, str. 191. — 10) Lortat-Jacob. Progrès méd. N. 9. II. 1920, ref. w Rev. de la Tub. N. 2—3 1920, str. 191. 11) Ch. Roubier. Lyon Méd. N. 9—11. Sept. Nov. 1919, ref. w Lancet N. 25 vol. II. 1919, str. 1156. — 12) Hutinel, Gaz. des hôp. N. 22. 1920, str. 341, ref. w Rev, de la Tub. N. 2 i 3 1920. — 13) W. Filiński. Gaz. Lek. N. 7—8, 1920. — 14) Hayes. The american Rev. of. Tub. T. IV. N. 2. 1920, str. 87, ref. w Rev. de la Tub. N. 4, 1920.

Z praktyki.

S. St. Łódź.

Przebieg duru brzusznego u szczepionych zapobiegawczo.

W chwili obecnej tysiące osób, powracających z Rosji, ulega szczepieniu zapobiegawczemu. Wątpliwości rozpoznawcze, jakie nasuwa przebieg duru u szczepionych, bywają niemałe, o czem się przekonałem w ostatnich tygodniach. Dla tego godne przypomnienia są odpowiednie dane, które przytaczam podług Matthesa (Podręcznik rozpoznawania różniczkowego chorób wewnętrznych. Wydanie II. 1921).

Szczepienie ochronne nie zawsze zmienia tor choroby; ludzie trzykrotnie szczepieni zapadali na dur ciężki, nawet umierali. Dla czego w tych wyjątkowych przypadkach szczepienie zawodziło — nie wiemy.

Samo szczepienie może spowodować niektóre z objawów duru: kilkudniowe podniesienie ciepłoty, obrzmienie śledziony, leukopenię z limfocytozą.

Z odczynu Widala w celach rozpoznawczych korzystać nie możemy; wyjątek wszakże stanowią przypadki szczepione przed więcej, niż trzema miesiącami, jeśli — przy powtarzanem badaniu krwi — miano aglutynacyjne wzrasta szybko i stromo.

Najczęstszym jest u szczepionych przebieg poronny. Zdarzają się osobniki, czyniące wrażenie ciężko chorych, a jednak nie gorączkujące; inni mają przez wiele tygodni ciepłotę nie przekraczającą 38° C. Nierozpoznanie duru brzusznego w takich przypadkach jest fatalne z punktu widzenia epidemjologicznego.

Wielu chorych skarży się na bóle w stawach, bóle kulszowe, bóle w kościach i mięśniach. Choroba rozpoczyna się często, jak grypa, od nieżytu i kaszlu, czasem z opryszczką. Spostrzegano przypadki poronne, bez odczynu dwuazowego, z przyśpieszonym rytmem serca. Obraz krwi jest typowy: leukopenia z limfocytozą. Jedynie szczepieni w okresie wylęgania się duru wykazują leukocytozę; tacy chorzy przechodzą ciężki dur, a objawy choroby występują nagle i gwałtownie.

Śledziona bywa większa, niż u nieszczepionych.

W okresie zdrowienia zdarzają się zapalenia nerek krwiotoczne. Nawroty są częste. Często widywano powikłania duru przez zimnicę (w wojsku).

Jako choroby następcze opisano: długotrwałe przyśpieszenie tętna, choroby kości i mięśni.

Rzecz charakterystyczna, że temu przyśpieszeniu tętna towarzyszy wzmożone parcie krwi, należy je wtedy uważać za objaw nerwowy; bywają jednak i prawdziwe podurowe schorzenia mięśnia sercowego (powiększenie serca prawego). Cierpienia kości polegają na zapaleniu okostnej lub szpiku kostnego. Z mięśni najczęściej bywają dotknięte mięśnie brzucha, stąd przypadki mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego. Rzadziej widywano choroby pęcherza i nerwobóle.

E. Lewenstern. Warszawa.

Przypadek niepomiernie długotrwałego stosowania skopolaminy w wielkich ilościach.

Notatka kliniczna.

Skopolamina należy do środków, stosowanych przeważnie sporadycznie, najczęściej w połączeniu z morfiną, jako czynnik przygłuszający pracę kory mózgowej przed zastosowaniem uśpienia, bądź też w celu opanowania drżączki w cierpieniach takich, jak drżączka poraźna (*paralysis agitans*) lub zmiany w wielkich zwojach istoty szarej po przebytem letargicznem zapaleniu mózgu. Jest to jeden z najpotężniej działających alkaloidów, to też nie słyszałem o używaniu go systematycznem przez czas długi. Przypadek, który w niniejszej notatce podaję, stanowi dość jaskrawy wyjątek od zasady ogólnej, i to jest powód, dla którego podaję go do wiadomości ogółu. W krótkości rzecz się przedstawia, jak następuje:

30-to letniej mężatce w grudniu 1915 roku amputowano z powodu raka lewy sutek. W rok potem „poprawka" w postaci wycięcia pod nowokainą dwóch guzków z blizny. W trzy miesiące potem wystąpiły bóle w obu kończynach dolnych, do czego stopniowo przyłączyło się osłabienie mięśniowe, utrudniające coraz bardziej stąpanie. Roentgen wkrótce zastosowany, wykazał daleko posunięte zniszczenie nowotworowe czterech kręgów lędźwiowych. Od stycznia 1917 roku leży chora w łóżku, zaopatrzona w gorset, bez którego nie może się obejść ani na chwilę. Objawy uciskowe w postaci zaburzeń kiszkowych, pęcherzowych i bólów potęgowały się coraz bardziej. Dołączyły się do tego wymioty i bicia serca; próby łagodzenia sprawy za pomocą morfiny nie udawały się z powodu potęgowania się wymiotów po zastrzyknięciach tego środka. W listopadzie 1919 r. obraz był beznadziejny: nieustanne wymioty, kołatanie serca i prawie zupełna nieprzytomność, prze-

rywana napadami krzyków (z bólu). W takim stanie rzeczy poraz pierwszy zaleciłem wstrzyknięcie skopolaminy w ilości 0 00015 plus morfiny 0.01. Wynik był nadspodziewany, wymioty ustały odrazu, samopoczucie i praca serca poprawiły się znacznie. Chora, której dni wydawały się policzone, poczęła odżywiać się nieźle, złagodniały nawet objawy ze strony kiszek i pęcherza. Od tego czasu, czyli z górą dwa lata, bez przerwy stosuje się ten lek w ilości stopniowo rosnącej: mniej więcej co cztery tygodnie powiększałem dawkę; po pół roku chora dostawała już **d w a r a z y** dziennie po 0,0006 plus 0,03 morfiny. Od czterech miesięcy otrzymuje dzień w dzień cztery takie dawki, a przed dwoma miesiącami, kiedy nastąpiło przerzutowe złamanie uda, w ciągu szeregu dni dostawała co dwie godziny po dwie i pół ampułki, jak wyżej, co wynosiło na dobę około dwóch centigramów skopolaminy — ogółem, lekko licząc, w ciągu dwóch lat zużyła ona cztery gramy czystego preparatu *scopolaminum hydrobromicum* Merck'a.

W chwili obecnej badanie chorej wykazuje, co następuje: osoba lat około 35, mocno wyniszczona (lubo nie do stanu *„cutis et ossa“*), leży obłożnie na wznak, skóra sucha, niesprężysta. na twarzy jaskrawo czerwone zabarwienie, obejmujące również szyję. Język czerwony, wilgotny, tony serca głośne, miarowe, 90 uderzeń na minutę. Brzuch bardzo wzdęty (3 dni nie było wypróżnienia), powłoki wiotkie (wielokrotnie rodziła), dają się wyczuwać przepełnione pętle kiszek. W kręgosłupie zmiany odpowiednie do rozpoznania przerzutu raka w dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej. W górnej $^{1}|_{3}$ uda prawego wrzecionowaty twór przerzutu ze złamaniem całkowitem kości. **U k ł a d n e r w o w y**: źrenice bardzo mocno równomiernie rozszerzone (badanie w trzy godziny po zastrzyknięciu 15 dmgr. S plus 0,03 morfiny), oddziaływanie na światło leniwe, siła wzroku dobra: czyta swobodnie drobny druk, zajmuje się robotami ręcznemi itp Zaburzeń czuciowych niema, lekkie drżenie języka i palców, wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza kolanowego. Odruch Babińskiego dodatni. W stosunku do wyraźnego zaniku mięśni ruchy kończyn górnych bez zmiany, w dolnych wyraźne osłabienie: chora z trudem unosi stopę ponad pościel przy ułożeniu wyprostnem kolana. Stan spastyczny mięśni kończyn dolnych zaznacza się trudnością wykonywania ruchów biernych. Stan umysłowy: zupełna jasność sądów, żywe zainteresowanie wszelkiemi sprawami osobistemi i ogólnemi przy wzmożonej pobudliwości i kapryśności. Nieruszana z miejsca nie skarży się na nic, lecz na wszelki bodziec bólowy, związany między innemi z poruszaniem złamanej kończyny, oddziaływa żywo karceniem otoczenia, nawet płaczem. Łaknienie bardzo dobre, sen względnie w porządku, nb. o ile podawanie leków podskórnych odbywa się w stopniu należytym.

W obrazie powyższym na stan ogólny chorej i na układ nerwowy w szczególności oddziaływają cztery czynniki: 1) charłactwo rakowe, 2) ucisk na rdzeń rakowo zmienionych kręgów, 3) morfina, wreszcie 4) skopolamina. Niełatwo oczywiście zorjentować się, który z opisanych objawów od którego zależy czynnika, że wspomnę choćby o dodatnim Babińskim, który występuje nietylko przy uszkodzeniu dróg piramidowych (jak w naszym przypadku w związku ze zmianami w kręgosłupie), lecz i na skutek różnych zatruć, między innemi skopolaminą, o czem wspomina **L e w a n d o w s k y** (»Neurologja praktyczna«). Dla lepszego orjentowania się w stanie rzeczy zobaczmy, co mówi farmakologja o skopolaminie.

Jestto alkaloid o formule $C_{17} H_{21} NO_4$, dawniej hyoscyną zwany, otrzymywany ze *scopolia atropoides*, z wilczej jagody i z lulka; wszystkie te rośliny zawierają w sobie jednocześnie **a t r o p i n ę**, to też działanie atropiny i skopolaminy jest na ogół bardzo zbliżone: rozszerzenie źrenic, suchość jamy ustnej, czerwone zabarwienie twarzy, są wspólne obu środkom. Różnica polega głównie na tem, iż atropina powoduje w większych dawkach niepokój, a nawet szał, natomiast skopolamina daje ukojenie i sen. Pamiętać jednak należy, iż skopolamina działa nasennie całkiem inaczej, aniżeli normalne środki nasenne, mianowicie punkt wyjścia jej wpływu leży nie w ośrodkach pojmowania wrażeń zmysłowych, lecz w usuwaniu pobudliwości ośrodków **r u c h o w y c h**, z początku zjawia się zwiotczenie mięśni wszelkich ugrupowań, a więc oddechowych, krtaniowych itd. W tym okresie przytomność jest całkowicie zachowana, a wrażenia zewnętrzne odbierane prawidłowo, i dopiero później następuje sen. (Patrz »Farmakologja doświadczalna« w tłómaczeniu **P r u s z y ń s k i e g o**). Osobiste moje doświadczenie wskazuje, iż nietylko atropina, lecz i skopolamina wywołuje czasami napady szału, uniemożliwiającego następcze uśpienie chloroformowe. Być może, podobne przypadki tłumaczą się niedostateczną jednolitością składu preparatu wyrabianego pod mianem skopolaminy.

Oddziaływanie **m o r f i n y** na ustrój ludzki jest powszechnie znane. Jeśli uprzytomnimy sobie, że skopolamina wywołuje rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie oddechu, przekrwienie naczyń skórnych, pobudzenie ruchu robaczkowego jelit, łatwo wywnioskować, iż jest ona przeciwjadem dla morfiny, **p o t ę g u j ą c** jednocześnie jej działanie nasenne.

Wracając do naszego przypadku widzimy wyraźną przewagę objawów skopolaminowych nad morfinowymi (rozszerzenie źrenic, zaczerwienienie twarzy). Przypomnijmy sobie, że chora nasza zupełnie nie znosiła morfiny i że środek ten znalazł zastosowanie dopiero w połączeniu ze skopolaminą, przyczem ostatnia odrazu wzięła górę nad pierwszą: ustał jakby ręką odjął stan śpiączki i przeistoczył się w jasność i czujność psychiki; pozostałe zaburzenia grożące w najkrótszym czasie śmiercią (głodzenie się, uporczywe wymioty, wyczerpanie serca) ustąpiły po kilku zastrzyknięciach skopolaminy i nie wracają do chwili obecnej po dwóch latach. Byłoby rzeczą ciekawą przekonać się, jak na ustrój chorej działa skopolamina **c z y s t a**, lecz na doświadczenie to nie mogę uzyskać zgody otoczenia, które utrzymuje — i słusznie — że nie należy nic zmieniać skoro tak jak jest, jest dobrze. Nadmienię jeszcze, że przez cały czas choroby ani razu nie stosowano kamfory.

Z opisu powyższego wyprowadzam następujące wnioski:

1) W przypadkach szczególnej wrażliwości do morfiny połączenie jej ze skopolaminą może być znoszone doskonale,

2) przy połączeniu w stosunku 0,0006 skopolaminy na 0,03 morfiny otrzymuje się przewagę objawów »atropinowych« nad makowcowymi,

3) skopolamina nadaje się do przewlekłego stosowania w przypadkach dużych bólów na tle spraw organicznych **n i e u l e c z a l n y c h**,

4) przyzwyczajenie do skopolaminy rozwija się analogicznie do morfinizmu, zmuszając do stopniowego powiększania dawki dobowej, np. do 0,02 dziennie,

5) zużycie w ciągu dwóch lat **c z t e r e c h** gramów skopolaminy u osobnika podległego charłactwu rakowemu podziałało wybitnie na ustrój, przedłużając w ten sposób jego istnienie.

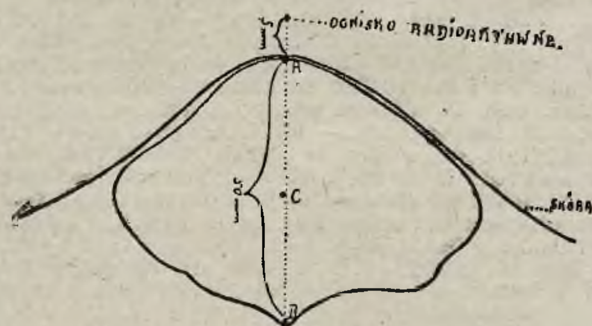
Sprawozdania poglądowe.

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódź.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

(Ciąg dalszy).

Trudności, z któremi dzisiejsza technika walczy pod względem **z u p e ł n e g o** wyjałowienia tkanek, tj. zniszczenia **w s z y s t k i c h** komórek nowotworowych aż do ostatniej (bo pod tym tylko warunkiem curieterapja stanowić może metodę istotnie leczniczą), wynikają z fizycznego prawa, które mówi, że **n a t ę ż e n i e ś w i a t ł a j e s t o d w r o t n i e p r o p o r c j o n a l n e d o k w a d r a t u z o d l e g ł o ś c i**.



Wyobraźmy sobie nowotwór, leżący tuż pod skórą, a mający np. 50 mm. grubości. Umieściwszy źródło promieni np. w odległości 5 mm. od powierzchni, otrzymamy w najdalej leżącym punkcie nowotworu — B naświetlenie tyle razy mniejsze, niż w punkcie najbliższym — A, wiele razy $(50+5)^2$ jest większe od 5^2, tj. $^{3025}|_{25}=121$. Do B zatem dojdzie tylko $^{1}|_{121}$ część tej ilości promieni, które padną na punkt A. Skóra może otrzymać, nie ulegając oparzeniu lub martwicy, pewne maximum naświetlenia. Jeżeli to maximum jest wystarczające np. tylko dla zniszczenia komórek, leżących w połowie gru-

bości guza — w punkcie C, to, powiększając dawkę, możemy nie otrzymać jeszcze wyjałowienia wszystkich części znajdujących się pomiędzy C a B, a już przekroczyć znacznie stopień wytrzymałości skóry i wywołać ciężkie oparzenie lub nawet głęboką martwicę; nie przekraczając zaś dawki dopuszczalnej ze względu na skórę nietylko pozostawiamy część nowotworu poza działaniem skutecznem radu, lecz nawet, co gorzej, poddając komórki złośliwe promieniowaniu słabemu, zadrażniamy je, pobudzamy do bardziej intensywnego bujania.

Aby zatem działanie radjoaktywne było celowe, konieczne jest, by pole naświetlenia skutecznego conajmniej pokrywało się w zupełności z polem rozsiania nowotworowego, aby wszystkie części nowotworu podlegały promieniowaniu równomiernemu, a dostatecznie silnemu. Ponieważ zaś pole rozsiania komórek nowotworów złośliwych zawsze przekracza znacznie granice ich badalne makroskopowo, więc i pole promieniowania powinno sięgać dostatecznie poza te granice.

Dla przezwyciężenia powyższych trudności, tj. osiągnięcia możliwie równomiernego i silnego naświetlenia, służą następujące metody.

1) Tak zw. ogień krzyżowy (*feu croisé*). Zamiast jednego silnego ogniska stosuje się pewną ilość ognisk słabszych umieszczonych w kilku punktach tak, aby wychodzące z nich promienie przecinały się i wzmacniały wzajemnie wewnątrz nowotworu.

2) Wprowadzenie do wewnątrz guza ognisk radjoaktywnych, tak zw. radopunktura W tym celu wkłuwa się do wnętrza guza w odstępach równych szereg igieł z radem lub emanacją i pozostawia na czas określony. W Nowym Jorku Janeway stosuje t zw. rurki nagie, zapuszczając maleńkie szklane rurki z emanacją o 0.3 mm. średnicy, a 3 mm długości w tkanki na stałe.

3) Odsunięcie ognisk radjoaktywnych od powierzchni naświetlanej. Jeżeli w przytoczonym powyżej przykładzie przesuniemy źródło promieniowania z 5 na odległość np. 100 mm. od skóry, wówczas natężenie naświetlenia w A i B będzie w stosunku $150^2 : 100^2$—2.25, czyli A otrzyma zamiast, jak poprzednio, 121 — tylko 2.25 razy więcej promieni, niż B; cała masa guza zostanie przez to znacznie równomierniej naświetlona, działając zaś jednocześnie z tej odległości 100 mm. ogniskiem dostatecznie silnem, możemy przesłać ilość promieni wielką, a jednak nie przekraczającą jeszcze granicy wytrzymałości skóry.

Metoda ta nie daje bardzo wybitnych wyników, gdy ilość radu, jaką się rozporządza, jest mała z powodu, wynikającej z tegoż prawa kwadratu z odległości, znacznej utraty energji. W Ameryce, gdzie posługują się ilościami wynoszącemi 4—5 gr. radu, działanie na znaczną odległość znajduje szerokie zastosowanie.

4) Aparaty płaskie czyli powierzchniowe. Dawne płytki z naklejoną warstwą soli radowej zastąpiono obecnie rozmieszczeniem szeregu rurek z radem lub emanacją w wymodelowanych na odnośnej powierzchni ciała płytach z gutaperki lub specjalnie przyrządzonego wosku. Aparaty płaskie, prócz powiększenia powierzchni promieniującej, łączą warunki dla uzyskania „ognia krzyżowego“ oraz oddalenia ognisk.

5) Stosowanie filtrów. Ze wzrostem gęstości użytego metalu oraz grubości danego filtru przepuszczają one coraz bardziej twarde, coraz bardziej jednolite promienie i pozwalają stosować silniejsze ogniska

Trzeba jednak stwierdzić, że, pomimo tych «arkanów« dzisiejszej techniki, curieterapja nie zdołała jeszcze pokonać wszystkich trudności. Prawo kwadratu z odległości rzuca na nie właściwe światło, a przytomne ustawicznie w umyśle lekarza radjologa wytycza na przyszłość kierunek jego usiłowań.

Na tej drodze coraz dzielniej przychodzi z pomocą młodszej swej towarzyszce — roentgenoterapja. Dzięki nowym zdobyczom technicznym otrzymywane dzisiaj promienie X o coraz większej szybkości i twardości zbliżają się coraz bardziej do promieni γ, z którymi posiadają identyczne działanie na tkanki, jakkolwiek znacznie słabsze. Silnie przefiltrowane, a pomimo to obfite promienie Roentgena, wychodzące ze źródła dostatecznie oddalonego, działać mogą skutecznie na nowotwory rozsiane, zajmujące szerokie pola lub też trudno odzewnątrz dostępne. Promieniom γ, jako przenikającym znacznie głębiej, lecz wychodzącym z danego ogniska w ilości stosunkowo nieznacznej, przypadnie w udziale w tej współpracy walka przeciwko nowotworom nawet dużym, lecz ograniczonym, nie rozsianym i o łatwiejszym odzewnątrz przystępie.

Jedną ze słabych stron curieterapji stanowi niemożność dokładnego dawkowania, mierzenia ilości (dozy) promieniowania, które do nowotworu przenikło. W braku metody fizycznej próbowano stworzyć metody biologiczne, lecz i na tej drodze nic ścisłego nie osiągnięto. Klinicyści niemieccy z Krönigiem na czele chcieli przyjąć za jednostkę t. zw. „*Erythemdosis*“ (jeszcze dzisiaj tem pojęciem się posługują) i w porównaniu z nią ustalić inne dawki swoiste (*Carcinomdosis, Sarcomdosis* itp.). Pokazało się jednak, że takich dawek swoistych niema, gdyż różne nowotwory posiadają bardzo rozmaity stopień wrażliwości, który zatem jest czynnikiem zmiennym i nie został dotąd zbadany i określony dokładnie. Ostatecznie dzisiaj, jako formułę dla określenia dawki, ogólnie przyjęto iloczyn z natężenia ogniska przez czas działania, przyczem w Europie — prócz Francji - uważają za jednostkę miligram godzinę - mgrh; np. 30 mgr. radu, działając przez 100 godzin, da 3000 mgrh. We Francji Regaud za natężenie przyjmuje nie ilość miligramów, lecz ilość milicurie'ch emanacji zużytej w ciągu godziny. Jednostkę dawki wedle niego stanowi 1 milicurie emanacji zużytej w ciągu godziny — 1 mcd (»1 millicurie d'émanation détruite«). Jeżeli więc jedno lub pewna ilość ognisk zużywa w ciągu godziny np. 0·5 mc., to po 120 godzinach działania dawka wyniesie $0{\cdot}5 \times 120 = 60$ mcd. Obliczenie przyjęte dziś we Francji wydaje się słuszne, gdyż: 1) ilość promieniowania zależy od ilości emanacji zużytej, 2) w ten sposób określona dawka pozwala na zastosowanie tej samej formuły i dla radu i dla emanacji (ponieważ 1 mgr. radu daje w ciągu godziny 0·00751 mc. emanacji zużytej). W Ameryce jednostką dawki jest milicuriegodzina - mch.

Żadna z powyższych formuł sama przez się nic nie mówi: oprócz dawki należy zawsze podawać przynajmniej czas naświetlania i filtrację, nadto objaśniają metodę leczenia inne szczegóły, jak odległość od skóry, ilość ognisk, natężenie każdego poszczególnego ogniska, rozmiary naświetlającej powierzchni itp.

Metoda curieterapji wypracowana, a raczej wypracowywana wciąż jeszcze w »Instytucie radowym« przez Regaud i jego współpracowników [1]), opiera się na następującej zasadzie: przy naświetlaniu nowotworów złośliwych: w celach leczniczych — nie tylko paljatywnych — należy stosować najwyższą dawkę, dającą się pogodzić z nienaruszalnością tkanek zdrowych, przyczem dawkę tę dać trzeba w czasie jaknajkrótszym i jednorazowo, nie przerywając naświetlenia. Przyrządy z radem i emanacją działają w Paryżu stale przez dni zwykle 4—8, zdejmowane (o ile nie są to igły tkwiące w guzie) zazwyczaj raz na dzień na czas tylko tak długi, jakiego potrzeba do oczyszczenia powierzchni lub wogóle zrobienia opatrunku.

Regaud nigdy nie mógł stwierdzić, aby przy naświetlaniach przerywanych nowotwory złośliwe wykazywały dążenie do zaniku; przeciwnie, zachowują się one wówczas tak, jak gdyby zostały przez niedostateczne naświetlenie »zaszczepione« przeciwko działaniu promieni, stają się coraz bardziej na nie odporne, rozrastają się z większą żywotnością. Wytłumaczyć to można w sposób następujący: komórki potrzebują 12—24 godzin na dokonanie podziału; te, których podział przypada na czas przerw pomiędzy kolejnemi naświetlaniami, otrzymawszy przez poprzednie niedostateczne zadziałanie promieni tylko bodziec do szybszego rozwoju, teraz dzielą się z większą intenzywnością. Następne naświetlania spotykają za każdym razem nowe komórki nowotworu, którego przez to dosięgnąć w całości w odpowiednim stopniu nie są w stanie, podczas gdy jednocześnie działają zawsze na jedne i te same elementy tkanek normalnych (przedstawiających bardzo powolne procesy wzrostu i dzielenia się), powodują coraz to znaczniejsze ich uszkodzenia i coraz większą utratę odporności wobec bujającego nowotworu.

---

[1]) W pracy tej bierze udział cały szereg lekarzy-specjalistów, prowadzących badania biologiczne, histologiczne, fizyczne. „Instytut“ mieści też zakład roentgenowski.

W Paryżu stosowany jest rad i emanacja. Używanie emanacji przedstawia wiele stron dodatnich: rad zostaje zabezpieczony przed stratami, które zachodzić mogą podczas zabiegów leczniczych; sprowadzając ogniska radjoaktywne do rozmiarów nadzwyczaj drobnych, stwarza się z nich materjał, że tak powiem, plastyczny, pozwalający przystosować ogniska do przyrządów o dowolnych rozmiarach i kształcie. Z drugiej jednak strony używanie emanacji czyni zabiegi lecznicze znacznie bardziej złożonymi.

Ilość radu, którą posługuje się »Instytut« wynosi 100 mgr. Źródło emanacji stanowi około 3 gr. radu. Rad rozmieszczony jest w rurkach i igłach platynowych. Rurki mają około 20 mm długości, 4 mm średnicy zewnętrznej i 1—1·5 mm grubości ściany (służącej jednocześnie za filtr). Dla uzyskania filtracji silniejszej powyższe rurki wsuwa się w naczyńka złote, również kształtu zamkniętych na końcach rurek o 1 mm grubej ścianie. Igły mają długość różną, średnicę zewnętrzną 1·1—1·5 mm, grubość ściany 0·3—0·5 mm. Rurki zawierają po 13·33, 6·66 i 3·33 mgr. radu; igły po 2 i po 1·33 mgr. (Ilości te odpowiadają: 100, 50, 25, 15 i 10 μc (mikrocurie'm) emanacji zużytej w ciągu godziny). Emanacja mieści się w rurkach szklanych około 12 mm długich, a 0·4 mm grubych. Jako filtry dla emanacji służą naczyńka także kształtu rurek zamkniętych platynowych oraz złotych — i igły platynowe. Grubość ścian rurek-filtrów wynosi 1—1·5 mm (złotych —2·5 mm), igieł —0·3 i 0·4 mm.

Igły są wkłuwane w tkanki; rurki rozmieszczane na płytach z gutaperki lub wosku stanowią wspomniane wyżej przyrządy płaskie cz. powierzchniowe.

Jako przykład metody, stosowanej na oddziale terapeutycznym »Instytutu radowego«, podaję leczenie w kilku poszczególnych przypadkach nowotworów złośliwych.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że ani jeden przypadek nie był w «Instytucie« leczony bez poprzedniego zbadania drobnowidowego i określenia dokładnego rodzaju nowotworu. Badanie to wykazało wielkie różnice pod względem wrażliwości na działanie promieni różnych rodzajów nowotworów złośliwych — zależnie od budowy histologicznej, n. p. szczególnie trudnem do radykalnego zniszczenia pomiędzy odmianami raka okazało się *epithelioma spinocellulare*.

Rak szyjki macicznej. Metoda leczenia raka szyjki macicznej została w Paryżu najdokładniej ze wszystkich opracowana i najbardziej ustalona. Jest ona następująca:

Wprowadza się do pochwy, a — o ile możności — odrazu i do macicy, po 8 ogniska, zawierające razem 60 mgr. radu. W pochwie 2 ogniska boczne umieszczone są w aparaciku, t. zw. kolpostacie. Składa się on z 2 korków o ścianach odpowiednio zaokrąglonych, a połączonych sprężyną wsuniętą w rurkę kauczukową. Zadanie sprężyny polega na utrzymaniu korków w jaknajwiększej od siebie odległości, czego rezultatem jest znaczne przybliżenie. każdego z nich do bocznej ściany miednicy, na 2·5, a nawet na 2 c. przy dostatecznie elastycznej ścianie pochwy. Każdy korek mieści w przebitym wzdłuż osi kanaliku ognisko z radem (lub z emanacją) w rurce platynowej o 1·5 mm grubej ścianie, a umieszczonej nadto w drugiej rurce złotej o ścianie 1 mm grubości; filtr ten jest otoczony blaszką glinową grubości 0·02 mm. Trzeci taki sam korek z radem (lub emanacją) zakłada się przed część pochwową. Do macicy wprowadza się 3 ogniska, tworzące jeden przyrządzik. Są to 3 rurki platynowe z radem o ścianie 1·5 mm grubości, ułożone jedna za drugą, wszystkie zaś razem owinięte listkiem glinu 0·02 mm grubym i wsunięte w rurkę z kauczuku czystego (bez części mineralnych). Ogniska mają po 13·33, względnie po 6·66 mgr. radu. Jeżeli idzie o zadziałanie głównie na szyję, najsilniejsze ogniska umieszcza się przed nią i w jej kanale; gdy zależy przedewszystkiem na naświetleniu przymacicza i tkanki w pobliżu ściany miednicy, najsilniejsze ogniska zakłada się w sklepienia boczne. Dawka wynosi 60—70 mcd w ciągu około 6 dni przy podanej wyżej filtracji.

Jeżeli nie można wejść odrazu do macicy z powodu zamknięcia kanału przez bujający nowotwór, zakłada się rad naprzód tylko do pochwy; po kilku lub kilkunastu dniach nowotwór zwykle topnieje, co umożliwia dostanie się do macicy.

Stosując leczenie tylko paljatywne dajemy dawki znacznie mniejsze i kilkoczasowe. Przy bardzo rozległych nacieczeniach rakowych w małej miednicy z jednoczesnem zajęciem ścian pochwy, przegrody pochwowo-kiszkowej, przymacicza przedniego oraz odległych gruczołów nie należy stosować radu lub czynić to nadzwyczaj oględnie pod groźbą wywołania rozpadu tkanek chorych ze wszystkimi jego skutkami. Zajęcie jednoczesne odbytnicy i pęcherza wyklucza curieterapję stanowczo.

Należy oczekiwać, że w przypadkach obszernego nacieczenia tkanki łącznej małej miednicy i zajęcia odległych gruczołów w niedalekiej przyszłości promienie X przyjdą radowi z wydatną pomocą (prace Seitza i Wintza).

W ostatnich czasach dokonywane są w Paryżu próby naświetlania przy dużych nacieczeniach tkanki przymacicznej jednocześnie od strony pochwy i jamy brzusznej — drogą laparotomji. W zgrubienia nowotworowe zakłada się igły i pozostawia je przez dni 4. Wartości tej metody dzisiaj jeszcze ocenić nie można.

Rak języka. Obok raka szyji macicznej rak języka należy do tych spraw nowotworowych, które na oddziale terapeutycznym »Instytutu radowego« były przedmiotem szczególnego badania, i dla których metoda leczenia została dokładnie opracowana.

Przy raku języka z powodu wielkiej ruchliwości organu zwykle następuje wczesne rozsianie komórek złośliwych. Dlatego na oddziale Regaud leczy się zawsze jednocześnie sam nowotwór za pomocą radopunktury, pole zaś rozsiania elementów nowotworowych (nawet przy gruczołach niebadalnych) za pomocą przyrządu płaskiego założonego na okolicę podszczękową.

Doświadczenie pouczyło, że — szczególniej przy *epithelioma spinocellulare* — natężenie ognisk w języku nie powinno być wysokie, natomiast czas naświetlenia musi być dość długi. Używa się zwykle igieł z radem o 1·33 mgr (rzadziej o 2 mgr) albo z emanacją o 2—3 mc zawartości; igły pozostają w języku przez 8 dni.

Oto przykład postępowania.

Przypuśćmy, że przestrzeń, którą makroskopowo uważać można za zajętą, przedstawia powierzchnię o 3 c. długości i 3 szerokości. Za podstawę do naświetlenia należy przyjąć kwadrat o ścianie równej 4·5 lub nawet 5 c, a za grubość tkanki, która powinna być poddana promieniowaniu —3—4 c. Igły zatem wprowadzić należy w tkankę, wynoszącą 60—100 c^3. Igieł potrzebaby było w danym przypadku 15 o ścianie 0·3—0·4 mm grubości. Zastosowany jednocześnie aparat powierzchniowy przedstawiałby się następująco: wymodelowana odpowiednio płyta z wosku lub gutaperki 1·5 c grubości z zapuszczonymi w nią mniej więcej 12-ma rurkami z radem lub emanacją. Filtr platynowy 1 mm grubości + glin 0·02 mm grubości. Przyrząd ten dać powinien w ciągu dni około 6-ciu 60—80 mcd. Dawka otrzymana przez działanie igieł wynosiłaby w danym przypadku 20 do 25 mcd.

Przy leczeniu raka języka rad często kombinuje się z promieniami X lub z zabiegiem chirurgicznym (zadziałanie na gruczoły lub usunięcie ich chirurgiczne).

Przy leczeniu nowotworów innych organów technika i jej szczegóły zależą od każdego poszczególnego przypadku.

Nowotwory powierzchowne, bez głębiej sięgającego nacieczenia leczy się za pomocą przyrządów płaskich przy nieznacznem, np. $\frac{1}{2}$ c wynoszącem oddaleniu ognisk od powierzchni, natomiast przy guzach o większej objętości i głębiej leżących stosuje się radopunkturę albo przyrządy płaskie z ogniskami o większem natężeniu i umieszczonemi dalej od powierzchni. Przy stosowaniu przyrządów płaskich dawka powinna być znacznie większa, niż przy użyciu igieł; wreszcie w wielu przypadkach stosuje się obie metody jednocześnie. Nadto curieterapję łączy się często z roentgenoterapją, a nieraz i z chirurgją. Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Józef Nusbaum-Hilarowicz. Pamiętniki przyrodnika. Autobiografja. H. Altenberg, księgarnia wydawnicza Lwów 1921, str. 152.

W czterdziestoletnią rocznicę rozpoczęcia pracy naukowej ukazują się dziś pamiętniki ś. p. J. Nusbauma-Hilarowicza, obejmujące okres jego życia od wczesnej młodości (urodzony w roku 1859) do czasów prawie tuż przed śmiercią (pisane w roku 1916).

Z niesłabnącem zainteresowaniem czytamy te bardzo żywo pisane wspomnienia znakomitego uczonego, który, idąc stale po linji coraz dalszego rozwoju, zebrał plon, jakim nie wielu wykazać się będzie mogło w Polsce współczesnej. Niezwykły pod względem wydajności wynik pracy badawczej, pisarskiej i pedagogicznej Nusbauma znajdował swe źródło w wybitnych zaletach jego charakteru, odznaczającego się nigdy nie słabnącym entuzjazmem, skupioną wolą i systematycznością w pracy. Ze zdumieniem czytamy o trudnościach, jakie pokonać musiał, aby osiągnąć, jako młody uczony, najwyższą godność naukową w Rosji carskiej (stopień doktora zoologji), mimo oporu władz uniwersyteckich, odmawiających mu jej z powodu jego wyznania i poczucia narodowego.

Z prawdziwem wzruszeniem śledzimy wrażenia, jakie stale wywierało piękno przyrody i dzieł sztuki na duszę tego uczonego, zakochanego przedewszystkiem w pracy. A jak potrafił pracować profesor Nusbaum świadczy następujący szczegół z pobytu jego w Berlinie.

Gdy w roku 1894 zawakowała katedra po znakomitym anatomie prof. H. Kadyim w Lwowskiej Akademji Weterynarji, Nusbaum, mimo że był specjalistą w zakresie badań mikroskopowych, na skutek namowy swych przyjaciół (Radziszewskiego i Dybowskiego), postanowił przyjąć proponowaną mu katedrę. Aby jednak móc odpowiednio się wywiązać z dobrowolnie nałożonego na siebie zadania, udał się (już po otrzymaniu nominacji na prof. zwyczajnego) do Berlina, gdzie pod okiem sędziwego prof. Müllera chciał się wyuczyć wszystkich anatomicznych wskazań. W tym też celu postanowił przygotowywać wszystkie preparaty potrzebne do wykładów i przez cały semestr wczesnym rankiem, gdy jeszcze latarnie paliły się na ulicach, szedł do prosektorjum, aby mieć dość czasu na sporządzenie preparatów. Takich przykładów niezwykłej wprost obowiązkowości i sumienności znajdujemy w jego autobiografji bardzo wiele.

Najgłębiej jednak nas uderza młodość, która bije z kart tej książki, i mimo, że pisał ją już jako profesor o skroniach pokrywających się siwizną, żyje w niej takim, jak wtedy, gdy poraz pierwszy zyskiwał serca swych przyszłych uczni.

P. Słonimski. (Warszawa).

Łempicki Stanisław. Jan Zamojski, protektor medycyny i medyków. Lwów 1921, str. 60. Altenberg (odb. z Przew. nauk. i lit.) oraz **Działalność Jana Zamojskiego na polu szkolnictwa.** Kraków 1922, str. 293. Wyd. kom. do badania dziejów wychow. i szkoln. w Polsce.

Dr. Łempicki wydobył bogaty materjał historyczny z zasobów archiwalnych Biblioteki Ordynacji Zamojskich w Warszawie i na tej podstawie osnuł przedstawienie zbyt mało dotąd znanej działalności Jana Zamojskiego na polu szkolnictwa wyższego. Autor, choć nie lekarz i nie historyk medycyny, wkroczył tym sposobem także i w dziedzinę medycyny, którą wielki kanclerz zajmował się bardzo gorliwie.

Niedawno czytaliśmy w Kurjerze lwowskim (1920) rzecz tegoż autora pt. Szymon Szymonowicz jako lekarz, będącą w związku z pracami nad Zamojskim. Wszystkie wymienione prace autora mają dla historji medycyny polskiej wielkie znaczenie, przynosząc bądź materjał zupełnie nowy, bądź na nowo oświetlony.

Jan Zamojski był inicjatorem i duszą projektów, zmierzających do podniesienia nauk w Krakowie. Jednym z tych projektów za Stefana Batorego była myśl założenia w Krakowie, obok Akademji Jagiellońskiej, nowego kolegjum na wzór paryskiego *College Royal*. Poczęto zapraszać uczonych profesorów. Zamojski między innemi daje listy własne do trzech znakomitości lekarskich w Padwie, Hieronima Mercurialisa, Hieronima Capevacciusa i Bernardina Paterna, pragnąc ich samych, albo ich kolegów ściągnąć do Krakowa. Dalekosiężne zamysły wielkiego kanclerza do skutku nie doszły. Znalazły swój wyraz znacznie później w założeniu prywatnej Akademji w Zamościu.

Medycyna w pomysłach Zamojskiego grała zawsze poważną rolę. I nic dziwnego. Uczeń mistrzów Padewskich, przyjaciel wielkiego anatoma Fallopia, do końca życia zachował cześć i zrozumienie dla nauk lekarskich. Utrzymywał stosunki ze sławnymi lekarzami, posyłał im dary, wyszukiwał młodych ludzi wśród Polaków i wysyłał ich na swój koszt do Włoch na naukę medycyny. W ten sposób wykształcił Jana Ursyna Niedźwieckiego, późniejszego profesora Akademji Zamojskiej i innych.

Wysoka wartość historyczna i literacka prac dra Łempickiego pozwala je gorąco polecić naszym lekarzom, jako lekturę, która wprowadza czytelnika w czasy jeszcze świetnej przeszłości naszego narodu i zapoznaje z jedną z piękniejszych postaci naszej historji, jaką jest Jan Zamojski, kanclerz, hetman i humanista.

Dla historyków medycyny monografie dra Łempickiego mają wartość nieocenioną, gdyż autor, który miał w ręku olbrzymi materjał archiwalny, poprostu daje czytelnikowi bezpośrednie wskazówki, gdzie jaki materjał lekarski historyczny leży jeszcze niezużytkowany.

Pisząc w czasopiśmie, przeznaczonem dla lekarzy, nie mogę też nie podkreślić trafnej metodyki historycznej w pracach dra Łempickiego. Lekarze historycy bardzo łatwo gubią się w materjale historycznym, nie wiedząc, co ma wartość historyczną, a co jej nie ma, i najchętniej ogłaszają materjał archiwalny tak, jak go znaleźli w archiwum. Tymczasem koroną metody historycznej jest zawsze synteza, konstrukcja, obraz historyczny i własna myśl przewodnia.

Szumowski. (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 36. 1922.

Spaar. **Leczenie wielowartościową szczepionką przeciwgronkowcową czyraczności i spraw pokrewnych, wywołanych przez gronkowce.** Autor przytacza przypadki czyraczności z przed wojny i w czasie wojny, leczone przez niego szczepionką przeciwgronkowcową. Leczenie takie polega na zastrzyknięciu zabitych hodowli bakterji, uzyskanych z czyraków, trądzików i ropni. Pod wpływem tejże szczepionki, którą zastrzykiwano w ilości 100—350—500 milionów gronkowców, ulegały czyraki rozmiękczeniu i oczyszczeniu, poczem i wyleczeniu. W ostatnich czasach autor stosuje z dobrym skutkiem odrazu wysokie dawki i zaczyna od 500 milionów gronkowców, dzięki czemu skraca wybitnie czas leczenia. Również przy zastosowaniu tejże samej szczepionki w przypadku figówki czy zanokcicy podskórnej osiągnął autor dodatnie wyniki. Leczeniem takiem skraca się czas choroby i zaoszczędza materjał opatrunkowy.

Esser. **Sposób całkowitego zastąpienia utraconej małżowiny usznej.**

Tutschek. **Leczenie chorób zapalnych narządów miednicy u kobiet prądem zmiennym o wysokiem napięciu.**

Boeminghaus. **Pęcherzyca krwiotoczna przy przewlekłem, nawrotowem zapaleniu mnogich stawów, która pod względem klinicznym, cystoskopji i cystografji występowała jako guz pęcherza.**

Kaiser. **Wystąpienie półpaśca w przypadku ogólnego porażenia postępowego.**

Bleibtreu. **Przyczynek kazuistyczny do teorji prysadkowej powstawania cukrzycy.**

Gutzeit. **Pęknięcie kiszki wskutek własnoręcznego odprowadzenia przepukliny udowej.**

Rüscher. **Dychawica okrzelowa i gruźlica gruczołów oskrzelowych u dzieci.** Z pośród 30 dzieci, cierpiących na dychawicę oskrzelową wypadł kilkakrotny odczyn tuberkulinowy u 16-tu ujemnie (w tem w 7-mu przypadkach odczyn skórny według Pirqueta dwukrotnie ujemnie, w 9-ciu dalszych prócz tego i odczyn wśródskórny w dawkach postępujących do $^1/_{100}$ także ujemnie), a w 14-tu dodatnio. Wszystkie dzieci, bez względu na wynik odczynu tuberkulinowego okazywały objawy t. zw. skazy wysiękowej. W niektórych przypadkach objawy moczenia i strachania się nocnego, także z anamnezy i skłonności do nieżytów i chorób skórnych widoczne. Prześwietlanie wykazało we wszystkich zgoła przypadkach, bez względu na wynik odczynu tuberkulinowego, w mniejszym lub większym stopniu wzmożony rysunek płuc, zwłaszcza zaś wnęki płucnej. Autor nie odnosi jednakże powyższego obrazu do gruźlicy, lecz do obrzmienia gruczołów oskrzelowych podczas i po napadzie dychawicznym. Prócz tego znajdował u tychże dzieci, zwłaszcza w czasie »napadowym«, ale i w wolnym od napadów wzmożony rysunek pasm (Strangzeichnung), co tłómaczy napełnieniem oskrzeli, które przecież są w stanie zapalnym, wydzieliną, dalej zmniejszeniem światła oskrzeli wskutek skurczów, wreszcie obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, co wszystko składa się na to, że w takim stanie oskrzele dają w obrazie rentgenowskim zacienienie.

Jenckel. **Leczenie przetok po ropniakach opłucnej za pomocą rozczynu pepsyny.**

Janke. **»Lausofan«, jako środek przeciwko wszom głowowym.**

Hirsch. **Nowy zabieg dla ułatwienia badania ginekologicznego przy silnem napięciu opon brzusznych.** Przy silnem napięciu opon brzusznych wprowadza autor do odbytnicy cewę gumową, pręt metalowy lub z hegara od $1^1/_2$ do 2 cm. grubości i każe chorej zwieracz odbytnicy jak najwięcej zacisnąć dokoła wprowadzonego ciała obcego, tak jak gdyby chciała powstrzymać stolec. Dzięki powyższemu zabiegowi wiotczeją mięśnie brzuszne, a badający nie napotyka już na dawny opór mięśni. Zabieg zatem opisany powinien w każdym bądź razie poprzedzić badanie pod narkozą, która w licznych bardzo przypadkach staje się według autora zbyteczną.

Wiesenack. **Neutropowe działanie alivalu i sposób jego stosowania.**

Schmieden. **Baraki leśne, tani rodzaj budowli dla lecznic słonecznych przeciwgruźliczych.**

Groth. **Sprawozdanie z wyników szczepienia ochronnego przeciw ospie, przeprowadzonego w Bawarji w r. 1918 i 1919.**

Gerhardt. **Osądzenie wad zastawkowych.** Wady zastawkowe serca, względnie ocenienie ich ważności w praktyce ogólnej. *Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Biologja.

P. Hertwig. **Dzieworództwo haploidowe i dyploidowe.** (Biol. Zentralblatt 40. s. 145—174). Autorka omawia we wstępie przypadki sztucznego dzieworództwa u zwierząt: a) w drodze chemicznej (Loeb, Delage), b) fizycznej (Bataillon) oraz c) zapładniania plemnikami, uszkodzonemi przez naświetlanie promieniami radu (Hertwigowie). Zależnie od tego, czy pobudzono do rozwoju jajo ze zredukowaną liczbą chromosomów, czy też z całkowitą, wyróżnia autorka zarodki pierwsze, jako haploidy *(haploide Partenogenese)*, drugie jako dyploidy *(diploide Partenogenese)*.

Dotychczasowa hodowla osobników o zredukowanej liczbie chromosomów, sztucznie pobudzonych do rozwoju, dała dość skromne wyniki. Przyczyna tego tkwi, zdaniem autorki, nie w nieodpowiednich warunkach hodowli, ale w nienormalnym stosunku całkowitej masy żółtkowej do zmniejszonej o połowę liczby chromosomów. Dzieworództwo naturalne, analizowane pod tym kątem widzenia, wykazuje wiele cech wspólnych z dzieworództwem sztucznem. Zwykle mamy tu do czynienia z dzieworództwem bez redukcji liczby chromosomów, sprawa zaś rozwoju jaj, zawierających połowę chromosomów (haploidów) u Rotatoria, Hymenopleza, nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona.

F. Levy. **Stosunki jądrowe u partenogenetycznych żab. Przyczynek do fizjologji i patologji komórki.** (Sitzber. preus. Stkad. d. Wiss. phys.-math. kl. XXIV. 1920 str. 417—425). Autor stosuje metodę mechaniczną Bataillona (nakłucia igłą platynowo-irydową). Jaja w ten sposób pobudzone bruzdkują nienormalnie i zaledwie mniej niż 1% ogólnej liczby zarodków rozwija się poza stadjum gastruli, przyczem większość wyhodowanych larw wykazuje anormalności rozwojowe (rozszczep kręgosłupa, guzy). Z analizy stosunków jądrowych wyprowadza autor wniosek, że tylko drobna część larw, otrzymanych w ten sposób, posiada zwykłą, dyploidową, albo zmniejszoną do połowy liczbę chromosomów — znaczna zaś większość posiada liczbę zmienną (»poikiloploidowa«) chromosomów. Dużą śmiertelność larw żabich, rozwijających się w drodze sztucznego dzieworództwa, tłumaczy L., podobnie jak i P. Hertwig, stosunkami jądrowymi, przyczynę jednak widzi w nieokreślonej, zmiennej liczbie chromosomów.

P. Słonimski (Warszawa)

Anatomja patologiczna.

Ziegiers Beiträge zur pat. Anatomie.

T. 68. Z. 1.

G. Herxheimer i W. Gerlach. **Ostry zanik wątroby i jego stosunek do kiły i salwarsanu.** Fakt, że w ostatnich czasach dość często pojawiły się przypadki ostrego zaniku żółtego wątroby i że niektórzy autorowie łączą go z wzmagającą się kiłą i z leczeniem salwarsanowem, skłonił autorów do zajęcia się tą sprawą, na podstawie 6-ciu przez nich sekcjonowanych i badanych przypadków ostrego zaniku wątroby, przy uwzględnieniu nowszego piśmiennictwa, dotyczącego tej sprawy.

W pierwszej części ich obszernej pracy podają dokładne opisy obrazów makroskopowych i drobnowidowych wątroby, dotkniętej ostrym zanikiem, zwracając przy tej sposobności uwagę na dziś jeszcze niejasną sprawę odnowy komórek wątrobowych, którą się spotyka w przypadkach przewlekłego zaniku. Na podstawie badania przychodzą do wniosku, że odnawiające się komórki wątrobowe powstają zawsze tylko z już istniejących zanikających, nigdy zaś z nabłonków dróg żółciowych, jak to niektórzy przyjmują. Druga część pracy zajmuje się przyczyną ostrego zaniku wątroby. Jak wiadomo, odróżniamy tu przypadki o przebiegu bardzo ostrym, inne o więcej łagodnym, przewlekłym. Otóż w tych ostatnich niewątpliwie kiła, jako czynnik przyczynowy, odgrywa ważną rolę. Stwierdzili to autorzy we wszystkich 6-ciu przez nich badanych przypadkach, jak i na podstawie bardzo obszernego piśmiennictwa. Że kiła wogóle wywołuje zmiany w wątrobie, znanem jest z objawu często przy kile występującego, mianowicie żółtaczki. Żółtaczki te dzielimy na 2 grupy:

1) Postać łagodna, niedługo trwająca, która jest objawem nieznacznego i nie dobrze znanego schorzenia wątroby, dlatego, że nie zdarza się na sekcji. Najprawdopodobniej powstaje ona wskutek nieżytu przewodu pokarmowego lub dróg żółciowych.

2) Postać ciężka, długotrwała, towarzysząca ostremu zanikowi wątroby, a kończąca się zwykle śmiercią.

W ostatniej wreszcie części pracy omawiają autorzy związek między żółtaczką, występującą przy kile, a salwarsanem, i przychodzą do wniosku, że: 1) Postać łagodna niewątpliwie dość często występuje na tle salwarsanu. Tłumaczą to sobie w ten sposób, że salwarsan, preparat arsenowy, wydzielając się przez błonę śluzową przewodu pokarmowego i dróg żółciowych, drażni ją, wywołując tu nieżyt, często z żółtaczką; 2) postać ciężka, przebiegająca z zanikiem wątroby, najprawdopodobniej nie pozostaje w związku ze salwarsanem, jest ona wyrazem zatrucia jadami kiłowymi, gdyż znane są przypadki zatrucia salwarsanowego u osób niekiłowych, gdzie nie stwierdzono zmian w wątrobie, pomimo, że wykazano tu wielkie ilości arsenu, następnie dość często występuje zanik u osób kiłowych, nieleczonych salwarsanem, a ostatecznie i badanie drobnowidowe wątroby, dotkniętej zanikiem, w przypadku leczonego salwarsanem jak i nieleczonego zupełnie jednakowo się przedstawia.

Stammler: **Przyczynek do nauki o nerce torbielowatej.** Autor na podstawie dokładnego badania histologicznego trzech przypadków nerki torbielowatej u dzieci, i 7-miu przypadków takich nerek u dorosłych, przychodzi do wniosku, że przy przekształceniu torbielowatem nerek, tak u dzieci, jak i u dorosłych, mamy do czynienia z kombinacją wady rozwojowej, z prawdziwem bujaniem nowotworowem (*Adenocystoma multiloculare)*. Znajdował on mianowicie we wszystkich badanych przypadkach z jednej strony skąpo rozwinięte kanaliki nerkowe, zwłaszcza proste, miejscami zupełny ich brak, obok silnie rozwiniętej tkanki łącznej niezapalnej; zatem obrazy niedorozwoju. Z drugiej zaś strony stwierdził w komórkach nabłonkowych torbielowato rozszerzonych obrazy bujania.

W. Becker. **Czy istnieje związek między ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego a glistnicą robaczkową?** Glistnicę znajdujemy w połowie wszystkich operacyjnie usuniętych, jednak zmian patologicznych nie okazujących, wyrostków robaczkowych. Wywołują tu one obraz chorobowy podobny do napadu ostrego zapalenia wyrostka, nazwany przez Aschoffa *appendicopathia oxyurica*. Rzadko tylko glistnica jest powodem lekkiego stanu zapalnego, nigdy zaś nie wywołuje ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

T. Szilling. **Przyczynek do etiologji nowotworów, wychodzących z okolicy gruczołu przyusznego.** Powstanie nowotworów, wychodzących z okolicy gruczołu przyusznego, nie jest jeszcze sprawą zupełnie jasną, a to głównie z powodu różnorodności ich budowy. Niektórzy uważają te nowotwory

za gruczolaki, inni za śródbłoniaki, inni wreszcie za nowotwory mięszane, t. z. potworniaki. Autor na podstawie badania drobnowidowego swego przypadku przychodzi do wniosku, że są to gruczolaki, a powstają przez bujanie przewodów gruczołowych gruczołu przyusznego.

T. 68. Z. 2.

W. Steckenius. **Spostrzeżenia sekcyjne w świeżych przypadkach kiły.** Autor na podstawie czterech sekcjonowanych i histologicznie dokładnie zbadanych przypadków klinicznie stwierdzonej świeżej kiły stara się wysnuć pewne wnioski co do obrazu anatomicznego kiły. We wszystkich 4 przypadkach makroskopowo stwierdzono w niektórych narządach zmiany pod postacią guzków i guzów szarawych, miejscami martwiczych, przypominających gruźlicę. I tak w przypadku pierwszym, u dziewczyny 20 letniej, guzki w płucach, mięśniu sercowym, nerkach i śledzionie, w przypadku drugim, u 18 letniego mężczyzny, guzy serowate w obu nadnerczach, w przypadku 3-cim, u 20 letniego mężczyzny, guzki i serowacenie w gruczołach krezkowych i w nerce, wreszcie u ostatniego, 20 letniego mężczyzny, guzki w sercu, nerkach, trzustce i przewodzie pokarmowym. Obrazy drobnowidowe zmienionych miejsc nie odpowiadały jednak zmianom gruźliczym, przemawiały raczej za kiłą i dość jednostajnie się przedstawiały we wszystkich czterech przypadkach. Znajdował on mianowicie w miejscach zmienionych obfite nacieki drobnokomórkowe, głównie dokoła drobnych naczyń, złożone z komórek limfoidalnych i komórek plazmatycznych, miejscami były obfite komórki eozynochłonne, następnie dużo fibroblastów, mało zaś komórek olbrzymich. Martwica, spotykana w niektórych miejscach, nie przedstawiała obrazu zupełnego rozpadu tkanki, jak przy serowaceniu gruźliczem, tylko pozwalała odróżnić pewną budowę włóknistą — obrazy spotykane w kilakach. Zmiany w zakresie drobnych naczyń wykazywał autor nie tylko w miejscach makroskopowo zmienionych, lecz i w innych tkankach, w których brak było widocznych zmian, uważając je obok kilaków za zmianę anatomiczną, najbardziej charakterystyczną dla kiły, w odróżnieniu do gruźlicy. *H. Schusterówna* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Październik 1921.

Noel Fiessinger i P. Brodin. **Gruźlica ostra w przebiegu zapaleń wątroby na tle zatrucia wyskokiem. Stan bierności ustroju przy cierpieniach wątroby.** (*L'anergie hépatique*).

Pomiędzy marskością wątroby na tle zatrucia wyskokiem a gruźlicą zachodzą korelacje, na podstawie których wydzielono dwa rodzaje cierpień. Do pierwszego rodzaju należą marskości gruźlicze, czyli cierpienia, w których powstawaniu zarówno gruźlica, jak też i zatrucie wyskokiem, biorą czynny udział. W drugim rodzaju cierpień objawy gruźlicy występują obok istniejącej już marskości. Na tę to postać chorobową zwrócili uwagę autorowie. W przebiegu tego cierpienia istnieją dwa okresy: w pierwszym okresie objawy marskości z przesiękami w jamie brzusznej; w drugim — żółtaczka z niedomogą czynności wątroby, z objawami nerwowymi, charakterystycznemi dla zatrucia przewlekłego wyskokiem, a nadewszystko z gorączką od 38° do 39°. Pierwszy okres trwa od 6-ciu do 20-tu miesięcy; drugi kilka tygodni lub też zaledwie kilka dni. Autorowie przytaczają pięć spostrzeżeń tego rodzaju w drugim okresie choroby. W spostrzeżeniach tych zwrócono uwagę na szczególne zachowywanie się odczynu Pirqueta. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie wystąpiły wyraźne objawy niedomogi czynnościowej wątroby, odczyn Pirqueta był ujemny, chociaż w okresach wcześniejszych choroby, zanim wystąpiły objawy niedomogi wątroby, odczyn ten był dodatni. Zatem odczyn Pirqueta ujemny świadczyłby w tych przypadkach o bierności ustroju, powstającej przy niedomodze czynnościowej wątroby, i jako taki byłby ważnym objawem w rokowaniu, jako *signum mali ominis*.

M. Renaud. **Ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego u niemowląt. Niezwykła częstość tych cierpień, ich stosunek do biegunki u dzieci.** Przy badaniu pośmiertnem 70 niemowląt zmarłych w szpitalu Bretonneau w sierpniu r. b., autor we wszystkich przypadkach stwierdził ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego. Historje chorób tych małych chorych były prawie jednakowe. Były to dzieci słabe, obarczone dziedzicznie, źle utrzymywane, przyjęto je do szpitala wskutek wymiotów i biegunki o charakterze toksyczno-infekcyjnym. Autor, opisując dokładnie badanie pośmiertne, zwraca uwagę na cierpienie zasadnicze, mianowice na ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego, za życia najczęściej nie rozpoznane. *J. Bełkowski* (Warszawa).

Archives des maladies du coeur et des vaisseaux.

Sierpień 1921.

Danielopolu i Emesco. **Szmer rozkurczowy zastawki dwudzielnej, powstały wskutek uszkodzenia zastawki przez brodawkowe zapalenie wsierdzia.** Na podstawie przypadku, w którym stwierdzono zwężenie ujścia żylnego lewego, w którego przebiegu objawy kliniczne zwężenia znikły, natomiast zjawił się szmer i pomruk rozkurczowy, autorzy wysnuwają następujące wnioski. Zapalenie brodawkowe zastawki dwudzielnej, powodujące zwężenie i niedomykalność zastawek, może spowodować zjawienie się rozkurczowego szmeru i pomruku po stronie lewej mostka; nie mają one charakteru, ani pomruku rozkurczowego, właściwych zwężeniu. W połączeniu ze szmerem, pochodzącym z niedomykalności, szmer ten tworzy szmer podwójny, analogiczny do podwójnego szmeru przy zwężeniu i niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Znaczne zwężenie zastawki i osłabienie mięśnia powodowały, że w opisanym przypadku szmery były przez pewien czas niesłyszalne, póki nie wszedł w rachubę trzeci czynnik w postaci wybujałości zastawki, których obecność później wywołała objawy pomruku i szmeru rozkurczowego. Zniknięcie *eoulement* należy tłumaczyć osłabieniem ściany przedsionka. Brak zdwojenia się szmeru powstaje nie tyle przez zwiększenie się aspiracyjnej działalności lewego serca, ile przez wytworzenie niedomykalności zastawki dwudzielnej, wskutek czego układy płucny i sercowy zamykają się jednoczasowo. Skurczenie się zastawki dwudzielnej może spowodować względną niedomykalność zastawek t. głównej. Zapalenie brodawkowe może zakończyć się bez znaczniejszych ogólnych objawów. Przypadek opisany wskazuje również na ważną rolę hypertensji miejscowej w tworzeniu miażdżycy naczyń płucnych.

Dr. G. Loygue. **Przyczynek do choroby Hodgkina.** (*Granuloma malignum*). W sprawie limfogranulomatozy istnieją dwa poglądy. Pierwszy stawia ją w rzędzie gruczołowych mięsaków, drugi w rzędzie *granuloma infectiosum*. Autorowie rozpatrują spostrzegany przez się przypadek i dodają kilka uwag co do strony klinicznej, anatomicznej, oraz co do przyrody samej sprawy, dotychczas niewyjaśnionej. Badanie kliniczne zmusza do wyłączenia tego przypadku ze zwykłego obrazu choroby Hodgkina. Tutaj bowiem obserwowano, nagły początek, szybkie zejścia, pierwotną złośliwość i brak wysypki, która zdarza się zwykle w granulomacie. Tak samo zachowywała się forma krwi: leukopenia z polynucleosą, myelocytaemia bez eozynofilji. W ziarniniaku zaś spotykamy hyperleukocytozę z eozynofilią. Histologicznie stwierdzono brak eozynofilji tkankowej. Przeciw charakterowi nowotworowemu przemawia brak widocznej złośliwości anatomicznej, zachowana wszędzie budowa gruczołowa, brak przerastania torebki gruczołowej, światło naczyń nie zawiera komórek wielojądrzastych, karjokinezy są bardzo rzadkie, przerzuty w wątrobie mają charakter nacieku limfadenicznego. Również w tym przypadku nie spostrzegano follikularnych zmian gruźliczych. Wszystkie objawy kliniczne, poza wyżej wspomnianymi, odpowiadały obrazowi „*granuloma malignum*" w okresie uogólnienia. Badania anatomo-patologiczne, oraz histologiczne wykazały powiększenia gruczołów bez serowatych ognisk, przerostową marskość wątroby, porfirową śledzionę, obfitość niezmieniających się komórek ze znaczną polymorfją i skłonnością do sklerozy, wielojądrzaste komórki Sternberga. Z tego obrazu autorzy wysnuwają następujące wnioski. W szeregu niby białaczki lymfogranulomatoza przedstawia odmianę kliniczną, nietylko z powodu swego umiejscowienia, lecz również dzięki charakterowi powstania

przebiegowi ostremu lub przewlekłemu, oraz zachowaniu się formuły krwi. Formuła krwi jest nader zmienna, eozynofilia nie stała. Obraz histologiczny polega głównie na obecności stałej komórek Sternberga, oraz na skłonności do stwardnienia. Etjologia nie znana. Autorzy przypuszczają istnienie czynnika swoistego.

Louis Lyon-Gaen. **Fala podrażnieniowa serca kręgowców według Tomas-Lewis.** *T. Milewski* (Warszawa).

Choroby dzieci.
British medical Journal
r. 1921. Nr. 3172.

J. Peynton. **O zapaleniu osierdzia u dzieci.** Cierpienie jest groźne prawie w jednakowym stopniu, czy jest pochodzenia gruźliczego, ropnego, czy gośćcowego. Gronkowcowe zapalenie osierdzia rozwija się najczęściej u chorych na zapalenie szpiku kostnego i kończy się posocznicą. Najlepsze stosunkowo rozejście dają sprawy pneumokokowe. Złe rokowanie motywuje autor trzema czynnikami: 1° wczesny wiek — na 100 zejść śmiertelnych widział 84 poniżej 4 lat; 2° sprawa zwykle występuje jako powikłanie innych ciężkich spraw (zapalenie płuc, opłucnej, gościec, zapalenie gardła, gruźlica); 3° rozpoznanie rzadko bywa stawiane we wczesnym okresie, a więc leczenie jest spóźnione. Rozpoznanie jest trudne: najważniejszemi dla autora objawami są: stopniowe osłabienie aż do zniknięcia tonów serca, oraz stopniowe zwiększanie się stłumienia — czego nie zawsze jesteśmy świadkami. Stłumienie ku górze z jednoczesnym uciskiem na oskrzela może symulować zapalenie płuca niekiedy opłucnej; w lewo — ropny wysięk opłucny; w prawo, płyn w prawej opłucnej, lub przesunięcie serca w prawo. Zawodzi często rozszerzenie kąta sercowo-płucnego, zwłaszcza, jeśli samo serce jest mocno rozszerzone. Trzecie jest ważnem objawem, ale brak tarcia nie wyklucza zapalenia osierdzia. Autor nie radzi zbytnio liczyć na Röntgena, gdyż nie każdy lekarz rozporządza nim, a co ważniejsza, w cierpieniu tak niezwykłem i trudnem nieraz ani roentgenolog, ani lekarz nie potrafią odczytać obrazu w promieniach X. Ustalenie charakteru zapalenia jest prawie niemożliwe bez zbadania płynu.

Z materjału autora okazuje się, że płyn krwisty spotyka się częściej w sprawach gośćcowych, niż w gruźlicy. Leczenie zależy od etjologji — w zapaleniu ropnem, zwłaszcza pneumokokowem wskazane jest drenowanie, w gośćcu autor nie zaleca tej metody. Uważa, że zarazki gośćcowe to nie są zmodyfikowane zarazki ropotwórcze — ostatnie rozwijają się w tkankach i niszczą je, pierwsze tego nie czynią, to też autor widzi przyszłość jedynie w leczeniu surowicą swoistą. Największą ostrożność zaleca się w wykonywaniu nakłucia w gośćcowem zapalenia osierdzia, gdyż serce jest często mocno rozszerzone i grozi niebezpieczeństwo przekłucia komory; to też poniżej 12 lat najlepiej unikać tego zabiegu. Narkozę znoszą dzieci zupełnie dobrze. Nakłucie próbne wykonywa autor metodą Addison'a przez wprowadzenie igły pod wyrostek mieczykowaty. W przypadkach operowanych autowakcyna jest dobrą pomocą dla operatora. Autor ostrzega przed zamęczaniem dziecka zbyt intenzywnem stosowaniem leków i zabiegów. *M. Erlichówna* (Warszawa).

Amer. J. of Dis. of Children.
T. 22. Nr. 2. 1921.

J. Howland i B. Kramer. **O zawartości wapnia i fosforu w surowicy krwi dzieci krzywiczych.** Stężenie wapnia w surowicy krwi niemowląt i małych dzieci nie cierpiących na krzywicę wynosi 10—11 miligramów, fosforu koło 5 mg. Uderza przytem fakt, że stosunek ilościowy tych 2 pierwiastków jest we krwi taki sam, jak w kości zdrowej. W okresie czynnej krzywicy ilość wapnia bywa normalna lub nieznacznie zmniejszona; ale zmniejszenie, zdaje się, pozostaje w związku z utajoną tężyczką. Natomiast ilość fosforu jest stale zmniejszona do 3 mg. i poniżej, a naodwrót, wszystkie dzieci poniżej $2^1|_2$ lat, u których stwierdzono zmniejszenie stężenia fosforu, były chore na krzywicę. W okresie wyleczenia krzywicy, czy to samoistnego, czy po tranie, stężenie fosforu podnosi się do normy i wyżej — spada w czasie nawrotów. Wszystkie przypadki były w każdym okresie kontrolowane za pomocą prześwietlania.

M. Erlichówna (Warszawa).

Gruźlica.
Amer. Journal of Diseases of Children.
T. 21. Nr. 1. 1921.

M. Wollstein i R. C. Spence. **W sprawie gruźlicy niemowląt i małych dzieci.** Na podstawie materjału szpitalnego (Babies' Hospital, New York) autorowie stwierdzają zmniejszenie się gruźlicy w ostatnich latach: od r. 1914—1920 na 8900 badanych dzieci do 5 lat znaleziono gruźlicę 362 razy — 4%, na 2024 badań pośmiertnych wykryto ją 184 razy — 9%, podczas gdy w latach 1908—1914 odnośne odsetki wynosiły 13% i 16%. Fakt ten tłómaczą autorowie uświadomieniem matek co do higjeny wieku dziecięcego, oraz dokładniejszem odosobnieniem gruźliczych; na czystość mleka pod względem gruźlicy nie kładą nacisku, gdyż zakażenie lasecznikiem typu bydlęcego należy do rzadkości. W 94 przypadkach udało się wykryć źródło zakażenia: najmłodsze i zarazem najliczniejsze niemowlęta były zakażone przez matkę (jedno 8 tygodniowe), osobę, z którą najwięcej się stykały. 73%, dzieci chorych nie miało 2 lat, najwięcej było dzieci od 6—12 miesięcy. Obliczanie według umiejscowienia sprawy wykazało: najwięcej przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, potem płuc i gruczołów oskrzelowych, otrzewnej, kości, gruczołów, jelit. Pierwotne ognisko znaleziono najczęściej w płucach, zwłaszcza w górnym płacie. Nigdy nie stwierdzono zmian wyłącznie w płucach, ani wyłącznie w gruczołach. Szybkość rozwoju gruźlicy i uogólnienie sprawy było odwrotne do wieku. Z kazuistyki zasługuje na uwagę dziecko 11-miesięczne z gruźlicą po krztuścu; badanie pośmiertne wykazało gruźlicze zapalenie osierdzia z serowatemi masami, pokrywającemi całe serce.

D. Greenberg. **Przewlekła gruźlica wnęki płuc u dzieci.** Autor zwraca uwagę na tę niezbyt rzadką, ale rzadko rozpoznawaną postać chorobową, którą ilustruje pięknemi rentgenogramami. Sprawa rozgrywa się w części płuca, otaczającej wnękę, i daje charakterystyczną postać trójkąta, z podstawą u wnęki, a wierzchołkiem skierowanym w stronę wcięcia międzypłatowego. Choroba rozpoczyna się stopniowo; objawy: ciepłota nieregularna, tętno przyśpieszone, obfite poty, zwłaszcza rano, kaszel, czasem duszność o charakterze duszznicy, powiększenie gruczołów nadobojczykowych; po dłuższym czasie stłumienie, osłabienie oddechu, często rzężenia. W razie niemożności zbadania plwociny, autor zaleca nakłucie płuca długą igłą, której zawartość służy potem do zrobienia preparatów, względnie szczepienia świnek morskich. Dokładne stwierdzenie wymienionych objawów, a zwłaszcza prześwietlanie, pozwala wykluczyć zapalenie płuc, ropień, powiększenie samych gruczołów. Rokowanie nie jest najgorsze, dążność do gojenia się sprawy bez zwapnienia ogniska gruźliczego.

C. H. Dunn i S. A. Cohen. **Rozpoznanie i rokowanie w gruźlicy dziecięcej.** Autorowie badali gruźlicę u dzieci poniżej 2 lat w 374 przypadkach — klinicznie, w 138 przypadkach — sekcyjnie. Często rozpoznaje się to cierpienie późno, lub też nie rozpoznaje się wcale za życia, co tłómaczy się wadliwością, czy niedostatecznością metod rozpoznawczych. Najłatwiej rozpoznaje się gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie opłucnej, oraz otrzewnej, znacznie trudniej gruźlicę płuc i gruczołów za wyjątkiem okresu późnego ze zmianami rozpadowemi, lub powikłaniami. Rozpoznanie gruźlicy płuc i gruczołów, u niemowląt opierają autorowie na następujących punktach: 1) Stłumienie w przestrzeni międzyłopatkowej, oraz objaw d' Espine'a występujący poniżej III kręgu grzbietowego; gruźlica przeważnie potwierdza się sekcyjnie. Wyraźne zmiany w płucach mogą niekiedy maskować objaw d' Espine'a. 2) Prześwietlanie promieniami Roentgena daje następujące wyniki w 4 głównych postaciach gruźlicy płuc u niemowląt: prawie nigdy w pierwszym okresie, gdyż ognisko jest zbyt małe; daje prawie zawsze wyniki w zajęciu gruczołów oskrzelowych (różniczkowe rozpoznanie z grasicą!), jest często ujemne w prosówce; zawsze

dodatnie w gruźliczem zapaleniu płuc. 3) Odczyn Pirquet'a u niemowląt ma znaczenie decydujące, o ile jest dodatni, ujemny — nie wyklucza gruźlicy, co stwierdzono sekcyjnie u dzieci wyniszczonych. Autorowie kładą nacisk na znaczenie kształcące pogłębiania omawianych objawów za pomocą porównania opisu klinicznego z wynikami sekcyjnemi.

M. Erlichówna (Warszawa).

Chirurgja.

The Lancet i paid. 1921 r.

James Scherren. **Znaczenie badań patologicznych i roentgenologicznych w chirurgji brzusznej.** Utarł się pogląd, że chirurgja jest przedewszystkiem sztuką operowania, a chirurg fachowcem, zdolnym jedynie do operowania. Pogląd podobny powinni zwalczać sami chirurdzy; specjalnie, co się tyczy jamy brzusznej, należy przekonać pacjentów, że zwracanie się o poradę do »operatora« nie jest równoznaczne z koniecznością otwierania jamy brzusznej. Chirurg powinien zawsze stosować wszelkie sposoby rozpoznawcze i nie zadawalniać się »pierwszem wrażeniem.« Nawet w ostrych przypadkach nie wolno pominąć ścisłych badań. W ten sposób unikniemy całej masy pospolitych błędów rozpoznawczych, chociażby w samej dziedzinie wyrostka robaczkowego; nie zapominajmy, że obraz zapalenia otrzewnej z przebicia dają takie sprawy, jak uwięźnięcie kamienia w moczowodzie, krwotok w ciąży pozamacicznej, przedziurawienie wrzodu dwunastnicy i wiele innych; w ostatnim z przytoczonych przypadków wysięk zapalny nieraz spływa wzdłuż okrężnicy wstępującej i gromadzi się w pobliżu kątnicy.

W sprawach przewlekłych rzadko tylko obraz kliniczny jest tak typowy, że same wywiady i badanie dokonane przy łóżku chorego pozwalają dać należyte rozpoznanie; przynajmniej 90% spraw przewlekłych wymaga dodatkowych badań pracownianych.

Co się tyczy kamieni żółciowych, to pamiętajmy, iż tylko rzadko dają one bóle ściśle w terenie pęcherzyka żółciowego i że prześwietlanie w miarę postępów techniki z każdym rokiem daje coraz częściej wyniki dodatnie. Szczególną uwagę należy zwracać na wszelkie zasłabnięcia okrężnicy, w tej dziedzinie każdy lekarz powinien myśleć »chirurgicznie«, nie zadawalniając się rozpoznaniami »nieżytów«, w ten sposób daje się w wielu razach rozpoznać zawczasu nowotwór złośliwy. S. przytacza przypadek, w którym usunięto wyrostek z racji cierpień zależnych od raka esicy. Lewostronne bóle daleko częściej zależą od schorzeń dróg żółciowych i żołądka, niż lewej połowy okrężnicy.

Wielką wagę w schorzeniach jamy brzusznej należy przypisywać wszechstronnemu badaniu krwi. Ileż niepotrzebnie dokonano zespoleń żołądkowo-jelitowych w przypadkach, gdzie napady żołądkowe w wiądzie rdzenia przyjmowano za wrzód trawienny! Ile kilaków operowano jako raka, zwłaszcza w samym żołądku. Badanie krwi gra przedewszystkiem wielką rolę jako wskaźnik do zabiegów na śledzionie; pozatem ułatwia różniczkowanie między np. *anaemia perniciosa* a charłactwem nowotworowem.

Nie mniejsze znaczenie ma badanie produktów patologicznych, otrzymanych w drodze operacyjnej; wspomnieć tu należy między innemi wykrywanie lasecznika duru brzusznego w sączkowanych przewodach żółciowych, ustalenie pochodzenia trzustkowego torbieli, nie mówiąc już o raku.

Z drugiej strony autor zaleca jaknajwiększy krytycyzm w ocenianiu każdego oddzielnego punktu rozpoznawczego Dla przykładu przytacza częste omyłki popełniane przez roentgenologów w dziedzinie chorób żołądkowych; mianowicie nigdy nie należy bezkrytycznie dowierzać orzeczeniom roentgenologicznym, iż »nie wykryto żadnych zmian w żołądku«, lub odwrotnie, iż dany przypadek nowotworu jest »*inoperabilis*«.

E. Lewenstern (Warszawa).

Położnictwo.

Archiw f. Gynaekologie. Tom 114. (1920) Z. I.

C. Ruge II. **Trwanie ciąży i prawny okres poczęcia.** Prawne określenie okresu poczęcia, tak ze strony prawnej jak i lekarskiej, podlegało zawsze krytyce, gdyż już zaraz po wydaniu odnośnego projektu w niemieckiem prawie cywilnem zwrócił się Olshausen przeciwko §§ 1467 i 1472, w których ograniczono prawny okres poczęcia do 181—300 dni przed porodem, zaznaczając, że górna granica 300 dni nierzadko bywa przekraczaną. Wskutek orzeczeń jego i wielu innych uczonych została górna granica przesuniętą do 302 dni dla dzieci nieślubnych, zaś dla ślubnych została zupełnie zniesioną. Wybrano 302 dni dla tego, ponieważ statystycznie stwierdzony okres ciąży od dnia poczęcia, trwający średnio 273 dni, często jednak więcej, w rzadkich przypadkach bywa dłuższy o cały okres miesiączkowy, czyli o 28 dni; gdy dodamy do tego jeden dzień dla odbycia porodu, otrzymamy okres 302 dni. Ostatecznie paragrafy te w prawie cywilnem otrzymały następujące brzmienie:

§ 1592. »Jako okres poczęcia należy uważać okres czasu od 181 do 302 dnia przed dniem urodzenia się dziecka, włączając tak dzień 181, jak i 302. Jeżeli dowiedziono, że dziecko poczęło się w dalszym okresie czasu, niż 302 dni przed porodem, to dla ślubnego dziecka okres ten uważa się również za prawny okres poczęcia«.

§ 1717. Jako ojciec dziecka nieślubnego uważany jest, w myśl §§ 1708 do 1716, ten, kto miał stosunek z matką podczas okresu poczęcia, bez względu na to, czy kto inny również w tym okresie z nią spółkował. Traci to zastosowanie prawne, o ile stosownie do okoliczności okazuje się rzeczywistość, że matka nie mogła z tego stosunku począć swego dziecka. Jako okres poczęcia służy okres od 181—302 dnia przed urodzeniem się dziecka, z tymi dniami włącznie«.

Autor, omawiając nowoczesne piśmiennictwo w tym przedmiocie, przytacza cały szereg spostrzeżeń różnych autorów, którzy domagają się rozszerzenia określenia okresu poczęcia w górę aż do 320, nawet 328 dni, opierając się na obliczeniach trwania ciąży od ostatniej miesiączki, uważa takie obliczenie za nieścisłe, jak również statystyki kliniczne, nawołuje lekarzy, aby zbierali materjał, złożony z jak największej ilości pojedyńczych dokładnych spostrzeżeń i ostatecznie dochodzi do następujących wniosków:

1) Dokładne obliczenie trwania ciąży u człowieka jest niemożliwem nawet przy określeniu dnia poczęcia, gdyż nieznana będzie zawsze chwila zapłodnienia.

2) Trwanie ciąży idzie nie zawsze równolegle z rozwojem płodu, gdyż prawie u $^1/_3$ wszystkich ciężkich płodów granica trwania ciąży przebiega nawet poniżej granicy 280 dni od ostatniej miesiączki, a więc ciężkie dziecko nie oznacza jeszcze spóźnionego porodu.

3) Przyjście na świat żywych dzieci po 302 dniach okresu poczęcia nie jest dotychczas dowiedzione.

4) Dla płodu z oznakami dojrzałości należy uważać okres poczęcia poniżej 230 dni za niemożliwy.

R. Kundrat. **O gruźlicy narządów płciowych kobiety.** W wielu sprawach, tyczących się gruźlicy narządów płciowych kobiety, omawianych w piśmiennictwie ostatnich dziesięciu lat, zapatrywania są niezgodne, co skłoniło autora na podstawie materjału, złożonego z 66 przypadków gruźlicy narządów płciowych wewnętrznych i otrzewnej, do podjęcia pracy, celem rzucenia światła na niektóre sporne zagadnienia. Przypadki te zostały zebrane w latach 1908—1918. Częściowo drogą brzuszną, częściowo zaś drogą przez pochwę uzyskano preparaty, które zbadano mikroskopowo. Zgodnie z innymi autorami Kundrat stwierdza, że najczęściej podlegają schorzeniu jajowody, dalej kolejno macica, jajniki; co do otrzewnej, to znalazł ją wśród swoich przypadków schorzałą w 57,8%. W sprawie makroskopowego rozpoznania gruźlicy zgadza się Kundrat z Rosthornem, który twierdził, że »przeważnie nie można rozpoznać gruźlicy na preparacie«. Pod mikroskopem rozpoznanie gruźlicy naogół nie przedstawia trudności. Co do laseczników gruźlicy, to autor znalazł je w 30 przypadkach na 61 badanych. Z głównych kombinacji z innemi sprawami patologicznemi zaznacza Kundrat następujące: zap. wyr. rob. 2 razy, mięśniak 6, adenomyometritis 2, rak szyji 1 raz. Nie ulega dziś wątpliwości, że zapalenie wyrostka robaczkowego i prawych przydatków są często w związku ze sobą. Mięśniak i gruźlica jednocześnie

należy, podług niektórych, do rzadkości, Kundrat jednak spostrzegał w swoim materjale 17% tej kombinacji. Adenomyometritis, nierzadko spostrzegana przez innych, należy, podług autora, do objawów wtórnych gruźlicy, która stanowi bodziec do przerastania śluzówki w głąb. Co do kombinacji raka z gruźlicą, to Kundrat nie przypuszcza, aby rak mógł się rozwinąć na tle gruźlicy.

Klinicznie pierwotna gruźlica narządów płciowych jest wykluczona. Wśród spostrzeganych przypadków nie było ani jednego, gdzieby można było przypuszczać posuwanie się gruźlicy z dołu do góry. Ulubionem siedliskiem gruźlicy jest jajowód, do którego laseczniki mogą się dostać drogą krwi, limfy lub przez ujście brzuszne. Stosunek gruźlicy do jajowodu wyraża się w ten sposób, że we wszystkich spostrzeganych przypadkach sprawa w śluzówce jajowodu była starszą, niż w otrzewnie, możliwe jest jednak i skoordynowane, jeżeli nie równoczesne zakażenie. Naogół, co do pytania, co jest pierwotne, czy gruźlica otrzewnej, czy też gruźlica jajowodu, zdania są podzielone. Na zakończenie, wspomina Kundrat o niedokształcie, który usposabia do zakażenia gruźliczego. *Polakowski* (Kraków).

Choroby oczne.

Zeitschrift für Augenheilkunde.
Tom XLVI. 1921. Zeszyt 1.

A. Vogt. **Pomiary porównawcze jasności lamp Nernsta, »Nitra« i łukowo szczelinowej przy starym i nowym sposobie odtwarzania obrazu.** Korzyści nowego sposobu są: 1) umiejscowienie w głąb drobnych nacieków i szczelin, naczyń i nerwów w rogówce, komorze przedniej, soczewce i ciałku szklistem jest możliwe, a niektóre zmiany wogóle tylko w ten sposób dają się odkryć. 2) Światło specyficzne jaśniejsze z powodu większej zawartości promieni niebieskich jest bielsze, pozwala lepiej dostrzec barwiki i znosi nawet silne powiększenie. Lampa »Nitra« wogóle wystarcza, a jest mniej skomplikowana w użyciu; w specjalnych badaniach zmian w środowiskach łamiących oka (n. p zrębu budowy ciałka szklistego) nie można się jednak obejść bez lampy łukowo-szczelinowej.

R. Krämer. **Przyczynek do teorji, praktyki i wyjaśnienia skiaskopji, obok uwag o paralaktycznem przesuwaniu.** Autor wytyka usterki pracy Lindnera »O dokładnem oznaczeniu niezborności zapomocą skiaskopji«. Różnicę między oznaczeniem niezborności zapomocą oftalmometru a skiaskopu widzi w dyssymetrji rogówki t. j. zmianie promienia krzywizny od punktu do punktu. Obecnie przeważa zdanie, aby nie korygować całej niezborności; przy uwzględnieniu zaś najlepszej osiągalnej bystrości wzroku należy przepisywać cylindry wypukłe najsilniejsze, wklęsłe najsłabsze. Zmiana szkła sferycznego przy niezmienionym cylindrze tylko wtedy nie wpływa na wartość cylindra, jeżeli przestrzeń punktów głównych od okularów i od szkieł próbnych jest takasama. Zapomocą skiaskopji szkłami cylindrycznemi możemy często dokładnie oś oznaczyć, zawsze zaś na tyle dobrze ustawić, że nie zostaje żadna niezborność obrotowa, wpływająca źle na bystrość wzroku chorego. Nakoniec autor podaje pięć prawideł paralaksy i stara się wytłumaczyć zjawisko powstawania cienia w źrenicy przy skiaskopji zapomocą odwrócenia przesuwania paralaktycznego, co mu się jednak udaje tylko dla skiaskopji zapomocą lusterka płaskiego, pozostaje zaś niewytłómaczonem przy użyciu lusterka wklęsłego.

F. Jendzalski. **Leczenie parenteralne mlekiem.**

J. Ohm. **Sprawozdanie z 70 operacji modo Toti.** Od roku 1913 autor wykonał 70 operacji sztucznego odprowadzania łez do nosa (*dacryocystorhinostomia*) według pomysłu Toti'ego w r. 1904 we Florencji, z tych 8 razy obustronnie. Wiek chorych od 5—62 lat. Przypadki przeważnie zaniedbane, leczone latami optochiną, wypłukiwaniem i sondowaniem bez skutku. Operację wykonywano w znieczuleniu ogólnem (morfiną ze skopolaminą) i miejscowem (nowokainą z adrenaliną), przeważnie jednak przy pomocy lekkiej narkozy chloroformowej. Następuje dokładny opis operacji, szwów głębokich zapomocą specjalnych igieł, postępowanie pooperacyjne i pięć rodzajów możliwych komplikacji. Ropienia wystąpiły 7 razy, róża 1, ropowica 4 razy. Co się tyczy wyników, to ropienie, względnie łzawienie, pozostało w 5·7% przypadków, z przypadków dłużej obserwowanych (przez lat kilka), których było 38, nieudałych było 18·4%. Przy reszcie 81·6% wynik był znakomity i trwały. Z trzech przypadków przetoki, dwa zostały uleczone zupełnie. Przy pneumokokowych wrzodach rogówki wynik i gojenie się wrzodów było dobre. Zdaniem autora, Toti wynalazkiem swym zrobił znaczny postęp w okulistyce. Uprzedzenia względem tej operacji polegają na tem, że leży ona na pograniczu z rhinologją. W każdym razie należy jej dać pierwszeństwo przed wyłuszczeniem woreczka łzowego, które okalecza i łzawienia nie usuwa. Tylko u starych ludzi i w razie nagłej potrzeby operacji otwierających gałkę, trzeba z konieczności wybrać tę ostatnią operację. Operacja modo Toti jest łatwa w wykonaniu, nie jest niebezpieczna, a lepsza od metody wewnątrznosowej Westa. Zapalenie woreczka łzowego nie stanowi przeciwwskazania.

H. Kühnt. **Przyczynek do leczenia niedomykalności powiek.** Leczenie przeważnej części przypadków niedomykalności powiek jest tylko objawowe i mało skuteczne. Przy *blepharorrhaphia externa et interna* efekt później się zmniejsza. Lepsze już i trwalsze są wyniki, jeśli tę operację poprzedza wycięcie klina z obu powiek według Kühnta-Szymanowskiego, ale i tu wynik końcowy często jest bardzo mały. Aby temu zapobiec należy dolnej powiece dać silne oparcie, a górną powiekę utrzymać w napięciu ku dołowi. Do tego celu obmyślił autor i wypróbował przez kilka lat sposób, którym osiąga się ten cel przez wgojenie nitek, które, wychodząc, jako od punktu oparcia, od *ligamentum canti internum*, zostają zahaczone w powierzchownych warstwach tarczki obu powiek i w końcu umocowane w okostnej oczodołu po stronie skroniowej. Autor stosował tę metodę przy porażeniach i niedowładzach nerwu twarzowego z bardzo dobrymi wynikami, a subjektywnie też łzawienie i niemiłe uczucia daleko mniej dawały się odczuć, niż przy innych sposobach. Przy skróceniu bliznowem powiek dolnych trzeba jednak pierwej zrobić plastykę przez ściągnięcie płata skórnego z policzka. Polecają też przeszczepianie pasków z szerokiej powięzi do dolnej powieki. *J. Drak* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.
T. XXXIV. Z. 3—4.

Kumer. **Spostrzeżenia dermatologiczne w pewnych cierpieniach skórnych.** Opis szeregu postaci zmian skórnych, badanych drobnowidem skórnym (kapillarmikroskop) ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się drobnych naczyń krwionośnych.

Kiendl. **Przyczynek do znajomości postaci kiły ciężkiej.** Autor opisuje przypadek kiły złośliwej u 23-letniej kobiety. Przebieg choroby charakteryzował się wysokiem podniesieniem ciepłoty, o typie krzywej przerywanej, zmniejszeniem się ilości ciałek białych (leucopenia), obrzękiem gruczołów chłonnych, dodatnim dwuazowym odczynem w moczu, i obfitą wysypką guzkową. Kiendl podnosi trudności rozpoznawcze w kierunku duru brzusznego, posocznicy i gruźlicy prosówkowej Stosowany leczniczo salwarsan, miał wybitnie dodatnie działanie na przebieg choroby i na odczyn W., natomiast rtęci chora nie znosiła.

Fischl. **Zmiany skórne po wstrzykiwaniach tebecyny i ich histologja.** Fischl zbadał histologicznie zmiany bliznowate w 4 przypadkach, powstałe po wstrzykiwaniach podskórnych tebecyny, szczepionki Dostala, sporządzonej ze szczepu prątków gruźliczych, pozbawionych lipoidów, kwasów tłuszczowych i tłuszczów obojętnych, a wyhodowanych na pożywkach zawierających saponiny, szczep ten okazał się nie jadowitym dla świnek morskich i królików, a prątki sposobem Ziehla i Nielsena zabarwić się nie dały. Szczepionkę tę stosowano u dzieci ze zmianami swoistemi w płucach; w miejscu wstrzyknięcia tebecyny powstawały guzki, ulegające z czasem rozmięknieniu, a po wydzieleniu się treści ropnej powstawały owrzodzenia, zabliźniające się się dopiero po upływie sześciu miesięcy. W obrazach histologicznych stwierdzono utkanie

gruźlicze bez skłonności do serowacenia. Barwienie sposobem Ziehla i Nielsena, jakoteż fuksyną karbolową, zielenią malachitową i tiosiarczanem sodu nie wykazały prątków Kocha, jak również szczepienia na zwierzęta dały wyniki ujemne. Tebecyna zawiera więc prawdopodobnie ciała drażniące ustrój gruźliczy, podobnie jak tuberkulina, a wyrazem tego jest odczyn w miejscu wstrzyknięcia.

Kofler i Perutz. **Przyczynki do doświadczalnej farmakologji męskich narządów płciowych. Doniesienie IV. W sprawie farmakologji pęcherzyków nasiennych.** Autorowie badali zachowanie się pęcherzyków nasiennych u szczurów w okresie ruji, od lutego do końca września, i w przerwie. W okresie parzenia się pęcherzyki nasienne powiększyły się do wielkości znacznej (długość wynosiła 3 $^1/_2$ cm.), w przerwie natomiast zmniejszały się do $^1/_5$ poprzedniej wielkości. Szczury podczas zimy trzymane w cieple, wcześniej rozwijały się płciowo. Badanie swe nad działaniem różnych trucizn na pęcherzyki nasienne przeprowadzali autorowie u szczurów, zabitych przez odcięcie głowy. Zdolność odczynowa w czasie zimowym (październik — luty) zanika. Adrenalina i tenozyna wywołuje zwiększenie się stanu napięcia i podnieca do ruchów rytmicznych. Pilokarpina i fizostygmina wywierają tylko wpływ na rytmikę. Atropina i morfina nie wywołują żadnych ruchów, a w dawkach większych hamują działanie adrenaliny i fizostygminy. System komórek zwojowych, według badań autorów, jest biologicznie słabiej rozwinięty dla pęcherzyków nasiennych, niż dla powrózka nasiennego.

Menze. **Przyczynek do znajomości plamicy guzkowej Hebry** (*Purpura papulosa H.*). W typowym przypadku, rzadko spotykanego obrazu plamicy guzkowej Hebry u 26-letniego mężczyzny wykwity rozmieszczone były obficie na skórze twarzy, grzbietu i kończyn, z wyjątkiem rąk. Wykwity utworzone były z plam ciemno-czerwonych, które następowo przeobrażały się w guzki; niektóre wykwity ulegały w środku martwicy z następowem wytworzeniem się blizny, inne ustępowały, pozostawiając plamę barwikową. Badanie histologiczne potwierdziło obraz kliniczny, a nadto pozwoliło stwierdzić obecność wybroczyn już w tych okresach, kiedy klinicznie nie można było niczego zauważyć. Autor wyklucza zmiany krwotoczne skórne, mogące występować, czy to w przebiegu chorób zakaźnych, czy to w schorzeniach krwi, przy zatruciach, przy nadwrażliwości skóry, przy osłabieniu układu nerwowego, przy plamicy zwykłej itp. Omawiając patologję tego cierpienia, autor zaznacza, że pochodzenie plamicy H. nie jest znane, jak również, że istnieją różne zapatrywania na przebieg, postać i sposób powstawania tegoż cierpienia. Wszelkie leczenie, stosowane w przypadku autora, nie odniosło żadnych skutków.

Heller **Onychogryphosis et Ichtyosis hystrix linearis.** Autor, wybitny znawca chorób paznokci, opisuje przypadek onychogryphosis palców stóp przy równorzędnem istnieniu ichtyosis linearis, którą obecnie w tej postaci zaliczają do znamion. Prawdopodobnie przyczyna, działając szkodliwie we wczesnej młodości, a wywołująca rybią łuskę, wywołała także i cierpienie paznokci. *F. Walter.* (Kraków).

K. Gawałowski. **Leczenie łuszczycy promieniami Roentgena.** Arch. f. Derm. u. Syph. T. 130. 1921. Wychodząc z zapatrywań Blocha i Hoffmanna o przestroju alergicznym skóry, próbował G. leczyć łuszczycę naświetleniami promieni Roentgena. Wyniki były zachęcające. Badania histologiczne porównawcze skóry przed i w 13 dni po naświetlaniu wykazały bardzo dobitnie działanie lecznicze. Sądzi zatem, że małe dawki promieni ($^1/_3$ Norzé) działają wzmacniająco na żywotność naskórka konstytucjonalnie skażonego i prowadzą zamiast do nieprawidłowego rogowacenia (*parakeratosis*) do prawidłowej czynności, podnoszą naturalną odporność komórek, i pobudzają wewnętrzne wydzielanie miejscowych ciał ochronnych. *Krzyształowicz.* (Warszawa).

Stomatologja.

Gottlieb. **Przyczyna i zapobieganie próchnicy.**

Fleischmann. **Patogeneza próchnicy.** Zeitsch. für Stomatologie, Nr. 2/1921.

Dwaj badacze wiedeńscy, niezmordowani w badaniach histologicznych zębów, ogłaszają wynik żmudnych badań prace, by przyczynić się do wyjaśnienia sprawy próchnicy zębów, która, będąc przedmiotem badań setek badaczy, mimo to jeszcze ciągle daleką jest od zupełnego wyjaśnienia. Gottlieb przypisuje pierwszorzędne znaczenie błonce zębowej Nasmytha (*cuticula dentis*), której warstwy zrogowaciałe dopóki są nienaruszone, stanowią najlepszą ochronę zęba przeciwko wtargnięciu zgubnych drobnoustrojów. Od stopnia zrogowacenia tej otoczki zębowej, a zwłaszcza blaszek jej, drążących wgłąb szkliwa, zależy odporność przeciwko próchnicy. Rozszerza się ona wzdłuż niezrogowaciałych blaszek w głąb szkliwa i zębiny. W przypadkach idealnych przechodzi warstwa rogowa nabłonka dziąsła nieprzerwanie w warstwę rogową zęba.

Zapobieganie próchnicy i ropieniom przyzębowym musi starać się o utrzymanie ciągłości tej warstwy rogowatej. Można to uzyskać częściowo w drodze mechanicznej (szczotkowanie wzdłuż osi długiej zęba, używanie jedwabiu woskowanego, żucie twardych pokarmów, by przez ciągły uraz pobudzić zrogowaciały przybłonek do bujania). Analogję stanowi tworzenie się odcisków na miejscach skóry, wystawionych na ciągłe urazy podobnie, jak na podeszwie lub na dłoni osób ciężko pracujących. Pod względem chemicznym używanie środków sprzyjających rogowaceniu, a więc środków ściągających (*tinctura galarum, tra Myrrhae, tra Ratanhiae*), tudzież spożywanie cierpkich owoców.

Fleischmann jest na podstawie wyników swych badań drobnowidowych zwolennikiem teorji pasorzytniczej próchnicy. Potwierdza on w zupełności badania Baumgartnera i pojmuje próchnicę jako proces pasorzytniczy w przeciwieństwie do Millera, który dał podstawę teorji chemiczno-pasorzytniczej. Próchnica szkliwa nie jest wyłącznie procesem chemicznym; między nią, a próchnicą zębiny niema różnic patogenetycznych. Obydwa procesy są identyczne. Podobnie jak w zębinie występuje przed odwapnieniem tkanki wtargnięcie drobnoustrojów, tak dzieje się i w szkliwie. Organiczne części składowe szkliwa odgrywają przytem tę samą rolę, co kanaliki zębinowe ze swą treścią organiczną. Najważniejszą podstawą teorji pasorzytniczej próchnicy jest okoliczność, iż najpierw ulega zniszczeniu substancja organiczna, i że ten fakt daje się wytłumaczyć tylko działaniem drobnoustrojów, a nie kwasu. Twierdzenie Millera, iż bakterje nie mają możności wtargnięcia do szkliwa nieodwapnionego, nie może już dzisiaj być uważane za słuszne. Według badań Bödeckera szkliwo jest gęsto przetkane blaszkami istoty organicznej, wychodzącej z otoczki zębowej, pozostającemi z nią w ścisłym związku i sięgającemi do zębiny, a nawet w jej głąb. One to stanowią linję pochodu zdobywczego drobnoustrojów. Co się tyczy pochodzenia kwasu powodującego odwapnienie, to jest on produktem rozpadowym białka pod wpływem działania bakteryj. Nie jest zresztą wykluczone, iż prócz tego działają kwasy powstałe z rozkładu resztek pokarmów węglowodanowych. Drobnoustrojami działającymi są głównie paciorkowce.

Abels. **Związek przyczynowy między stanami gorączkowymi a ząbkowaniem.** (Wien. Klin. W. Nr. 44. 1920, str. 959—962).

Już Hippokrates wskazywał na częstość równoczesnego ząbkowania z ostremi chorobami dzieci w zdaniu: »*in progressu vero, cum iam dentire incipiunt, gingivarum prurigines, febres, convulsiones, alvi profluvia et maxime cum canini eunt dentes*«. On pierwszy zwrócił uwagę na to, iż najbardziej szkodliwymi są wyrzynające się kły. Przez długie wieki cały szereg uczonych badaczy, a także miliony matek, sądziły iż wyrzynające się zęby są powodem rozmaitych chorób. W przeciwieństwie do tego twierdził paryski dentysta Bunon w roku 1743, iż zęby mogą się wyrzynać bez żadnych szkodliwości dla ustroju dziecka. To twierdzenie podjęło później wielu badaczy, a nawet przekonano się, iż nie ząbkowanie jest powodem chorób, lecz przeciwnie choroby gorączkowe przyśpieszają wykluwanie się zębów. Tej tezy broni właśnie autor na podstawie licznych doświadczeń klinicznych. W 19-tu przypadkach odry badał on ten związek i wykazuje w tablicy statystycznej, iż w czasie podwyższonej gorączki wyrzynania zębów są u dzieci jedno i dwuroczných nadzwy-

czaj częste, tak iż w pierwszych czterech tygodniach wykłuło się zębów 21 podczas gorączki, a w następnych mniej lub więcej bezgorączkowych dwóch tygodniach tylko 5, a w następnych 4-ech tygodniach tylko 4. A więc zęby, które winny się były wykłuwać w przeciągu 10 tygodni, skupiły się najbardziej w pierwszych czterech tygodniach. Również uderza to, iż zęby oczne biorą największy udział w tem wyrzynaniu. Abels tłómaczy to tem, iż cztery kły, których wyrzynanie według rozpowszechnionego zapatrywania, ma być najwięcej szkodliwem, zwykle wykłuwają się wszystkie cztery razem lub w krótkich odstępach, podczas gdy inne zęby mleczne wykłuwają się zwykle po dwa i to w pauzach od dwóch do czterech miesięcy. Jeżeli więc bodziec gorączkowy przypadnie właśnie w okresie wyrzynania się kłów, to w wyobraźni obserwujących lekarzy i laików wytwarza się obraz wykłuwania się znacznej liczby zębów tej samej kategorji. W zakończeniu przytacza autor słowa Politzera: »dopóki ząbkowanie nie zniknie z patologji, będzie ono niebezpieczeństwem dla świata dziecięcego, powodując u lekarzy liczne błędy wskutek zaniechania«. *Allerhand.* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Nowiny lekarskie N. 1. 1922. Szulczewski. Badanie dzieci w hipnozie. — T. Łapiński. Alkohol a choroby umysłowe.

Lekarz wojskowy. N. 52. 1921. M. Zienkiewicz. Stan obecny opieki nad inwalidami wojennymi w M. S Wojsk — M. Dobulewicz. W sprawie złamań wyrostków poprzecznych gów lędźwiowych.

Wychowanie fizyczne N. 5—8. 1921. St. Ciechanowski. W sprawie kształcenia kandydatów na lekarzy szkolnych. — E. E. Piasecki. Z dziejów rozwoju zabaw ruchowych.— Orłowicz. Pomoc państwa dla sportu w Polsce.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Zeitschrift f. d. gesammte experimentelle Medizin (183 stron) Berlin 1921 8°. 54. —

Zeitschrift f. klinische Medizin (158 stron) Berlin 1921. 4° 48. —

Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. (168 stron) München 1921, gr. 8° 40. —

Zeitschrift f. urologische Chirurgie (III. S. S. 271—417) Berlin. 1921, gr. 8° 56. —

Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie. (IV. S. S. 391-579) München 1921. 58. —

Zeitschrift f. d. gesammte experimentelle Medizin Mit 43 Textabb. (S. 134—286) Berlin. 1921 gr 8° 64. —

Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 68. Berlin, 1921. (IV, 417 stron) gr. 8° 128. —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIII. posiedzenie naukowe z dnia 28. listopada 1921.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 140. W poczet członków przyjęto kolegów Tadeusza Kellera, Witolda Lipińskiego i Alfreda Bartla.

Przewodniczący wita jako gościa kol Gluzińskiego Antoniego z Warszawy.

I) Kol. Ciechanowski zdaje sprawę ze Zjazdu redaktorów, wydawców i członków komitetów redakcyjnych czasopism polskich, jak również przedstawicieli Wydziałów lekarskich uniw., Towarzystw lekarskich i Izb lekarskich z Krakowa, Lwowa, Poznania i Warszawy. — Zjazd został zwołany do Krakowa w celu ostatecznego połączenia się czasopism lekarskich polskich. Uchwalono połączenie „Polskiego Czasopisma lekarskiego" i „Gazety lekarskiej". Nowe czasopismo lekarskie nosić będzie tytuł: „Polska Gazeta lekarska" i wychodzić będzie w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Warszawie i Wilnie. Nakładcą nowego czasopisma będzie dotychczasowy nakładca „Polskiego Czasopisma lekarskiego", firma Altenberg we Lwowie. Jedynie „Nowiny lekarskie", wydawane w Poznaniu, nie przystąpiły dotąd do połączenia się. Kol. Ciechanowski wnosi, aby Krakowskie Two lekarskie, jako wydawca „Przeglądu lekarskiego", zatwierdziło uchwały zjazdu. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

II) Kol. Gluziński wygłosił odczyt p. t.: „**Patogeneze moczówki zwykłej**" (będzie ogłoszona osobno).

W dyskusji zabierali głos kol. Oszacki, kol. Hirsch Dawid i prelegent. *Szancenbach*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe z dnia 25. listopada 1921.

Przewodniczy; Kol. Nowicki. Obecnych 95.

1) Kol. Franke zdaje sprawę ze Zjazdu w Krakowie w dniu 20 b. m. w **sprawie zjednoczenia czasopism lekarskich polskich**. W zjeździe wzięli udział przedstawiciele Wydziałów lekarskich uniwersytetów, Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich z Krakowa, Lwowa, Poznania i Warszawy oraz przedstawiciele właściciel „Gazety lekarskiej". Ostatecznie uchwalono zjednoczenie „Polskiego Czasopisma lekarskiego" z „Gazetą lekarską" w nowe czasopismo tygodniowe o tytule: „Polska Gazeta lekarska". „Nowiny lekarskie" dotąd nie przystąpiły do tego zjednoczenia. Sprawozdawca wnosi, aby Tow. lek. lwowskie uchwałę tę zatwierdziło. Wniosek jednomyślnie uchwalono. Pismo ma wychodzić od 1. stycznia 1922 r. w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Warszawie i Wilnie.

2) Kol. Domaszewicz omawia pokrótce rozwój poglądów na **pochodzenie powstawania padaczki**, w szczególności padaczki Jacksona. Zwraca uwagę zwłaszcza na wiedeńską pracę Redlicha z tej dziedziny. Z kolei przedstawia trzech chorych padaczkowych, u których wykonano w celach leczniczych trepanację. Dwóch z nich operowano z powodu długo trwającego „*status epilepticus*", trzeciego w myśl korzystnego, wedle Niemców, wpływu „dekompresyjnego" operacji. W przypadku pierwszym ataki już cztery miesiące nie występują, w obu dalszych wróciły w parę tygodni po operacji; obok tego u wszystkich operowanych trwają nadal ruchy atetotyczne. Zmian anatomicznych nieznaleziono w polu operacyjnem w żadnym przypadku. **W dyskusji** kol. Rothfeld uznaje wskazania do operacji jedynie przy padaczce objawowej (guz nowotworowy, lub zapalny), oraz w niektórych przypadkach padaczki pourazowej, po bezskutecznem wyczerpaniu leczenia internistycznego. W przypadkach przedstawionych wskazania nie widzi. Kol. Demianowski zauważa, że brak widocznych zmian anatomicznych nie wyklucza obecności zmian histologicznych, oraz, że napady padaczkowe nie zależą od wzmożenia ucisku śródczaszkowego, stąd próby Bieręcza leczenia padaczki przez podwiązywanie tętnic kręgowych, o czem wspomina kol. Pisek — są nieaktualne. Kol. Switalski przypomina doświadczenie Francuzów, którzy spostrzegali korzystny wynik operacyjnego leczenia padaczki jedynie do chwili zarośnięcia okienka trepanacyjnego. Kol Ruff przypomina wycinanie przez Rydygiera ogniska, w którem umiejscowiono punkt wyjścia napadów padaczkowych — ze skutkiem ujemnym.

3) Kol. Ruff wygłasza odczyt „**o t. zw. niedomodze stopy**" (ogłoszony drukiem w 10 zeszycie Polsk. Czasopisma lekarskiego). **W dyskusji** przemawiali koledzy: Tennenbaum, Rencki, M. Selcer, Franke, Beck, Fels i prelegent.

4) Kol. Nowicki przedstawia przypadek **rozległego krwotoku mózgu** u 23 letniej kobiety, zmarłej wśród drgawek porodowych. Kol. Sołowij omawia kliniczny obraz cierpienia zmarłej wskazujący na nefropatję. *A. Zakrzewski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji Sekcja jarosławska.

Posiedzenie naukowe z dnia 25 października 1921 r. w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1. Przewodniczący wita gości, lekarzy wojskowych i lekarzy państwowych szpitali epidemicznych.

2. Przewodniczący zawiadamia, że imieniem Oddziału przesłał życzenia profesorowi Drowi Leonowi Wachholzowi z okazji 25-letniej działalności profesorskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim.

3. Kol. Fechter przedstawia ozdrowieńców po zabiegach chirurg.: a) 11 l. dziewczynkę z prawostronną wrodzoną stopą szpotawą bardzo znacznego stopnia. Otwarte przecięcie (*tenotomia*) ścięgna Achillesa, wycięcie stawu poprzecznego stępu (Kocher) z wyskrobaniem istoty gąbczastej z kości skokowej, piętowej, łódkowatej i sześciennej z pozostawieniem powierzchni stawowych (Kocher); wyprostowanie (*redressement*) stopy do położenia, w którem oś stopy z osią goleni utworzyły kąt prosty, zespolenie brzegów ran skórnych pierwotne ciągłym szwem katgutowym; opatrunek bezgnilny; opatrunek gipsowy szynowy wzmocniony okrężnym. W 8 tygodni zdjęcie opatrunku. Rany zgojone doraźnie; kąpiele, masowanie, po tygodniu chora posługuje się kończyną bez laski (bucik sznurowany o wysokiej cholewie); b) 11-letniego chłopca ranionego przed dwoma tygodniami nożem w palec wskazujący lewej ręki, bardzo niedokrwistego. Różne zabiegi poza szpitalem czynione nie mogły stale krwotoku opanować, przecięta była tętniczka po promieniowej stronie wskaziciela (*a. indicis volaris radialis*). W miejscu obrażenia naczynia wytworzył się krwiak tętniący wielkości orzecha laskowego. Odpreparowanie ograniczonego worka aż do miejsca obrażenia w ścianie naczynia; podwójne podwiązanie naczynia (obrażeń naczyń, nawet mniejszych nie należy bagatelizować, gdyż nieodpowiednie ich leczenie bywa nieraz przyczyną śmierci z utraty krwi).

4. Kol. Rossberger: „**Okres zaraźliwości i środki zapobiegającej szerzeniu się płonicy**". (Autoreferat) W polskich czasopismach lekarskich z lipca 1921 roku znajduje się następujący komunikat: „Polskie Towarzystwo pedjatryczne w Warszawie uprasza wszystkich lekarzy szpitali dziecięcych i zakaźnych o nadesłanie odpowiedzi na następujące pytania: 1) jak długo trzyma się obecnie chorego w szpitalu na płonicę? 2) czy obecny termin można skrócić i mianowicie o wiele? 3) czem powoduje się, wypisując chore dziecko ze szpitala? (stan. skóry, języka, nosa, moczu itd.), 4) w jakim przeciętnie czasie, licząc od początku choroby, może być dziecko dopuszczone do szkoły? 5) czy łuszczenie, jako jedyny objaw, może być przeszkodą do uczęszczania do szkoły i czy wogóle należy uważać je za zaraźliwe?

Jako lekarz miejski i długoletni kierownik miejskiego szpitala epidemicznego, który z urzędu musi rozstrzygać w sprawach poruszanych w kwestjonarjuszu, został mowca uproszony przez Zarząd oddziału, by tę aktualną sprawę przed dyskusją zreferować. Aby orzec o zaraźliwości jakiejś choroby, musimy się odnieść do przyczyny, względnie biologji zarazka danej choroby, o ile go znamy, a jeśli nie, to przynajmniej do epidemjologji tejże. W sprawie płonicy droga ta dotychczas do celu nie doprowadziła, zarazka płonicy dotychczas nie znamy. Dahlego wtręty płonicze w białych ciałkach krwi opisane nie są niczem uchwytnem i znaleziono je także w błonicy, odrze i zwykłych mieszkowych zapaleniach migdałków. Brak ich wyklucza wprawdzie płonicę, według Bungarda, który w tym kierunku bardzo liczne i szczegółowe przeprowadził badania, obecność ich stwierdza, że osobnik przeszedł lub przechodzi jakąś chorobę zakaźną; same zaś twory Dahlego uważa za pochodne jądra białych ciałek krwi, powstałe wskutek toksycznego zadziałania rozmaitych drobnoustrojów. Paciorkowce, napotykane nieraz w krwi a często we wszystkich płynach, wydzielinach i produktach płonicy, niepowikłanej nawet żadnem ropieniem, znaczna część autorów uważa za zakażenie wtórne. To są dualiści. Zwolennicy jedności jadu (unitarjusze) przyjmują, że same paciorkowce, i to pierwotnie i wyłącznie, mogą być i są przyczyną płonicy (Moser i Munk). Drogi, któremi jad płonicy do organizmu dostaje się, w jaki sposób w nim się mnoży, w jakiej postaci i którędy go opuszcza, nie są dotychczas znane i naukowo ustalone. Zestawienie poglądów szkoły, w której się wychowaliśmy, ze spostrzeżeniami z codziennej praktyki, ze sprawozdaniami pism lekarskich różnych krajów najnowszej doby, wykazuje tyle sprzeczności, jak w żadnej z dawna spostrzeganych i śledzonych chorób zakaźnych. Mimo, że trzy dziedziny naszej wiedzy lekarskiej, nauka o chorobach dzieci, chorobach skórnych i chorobach wewnętrznych, płonicą się zajmują, żadna z nich nie zdobyła się na jakieś wyraźne, zdecydowane stanowisko. Rzeczpospolita Polska jest w tej sprawie bardzo interesowaną, jeśli zagraniczna prasa lekarska płonicę nazywa „dżumą polską". Stwierdzić należy, że płonica w Polsce bardzo zagnieżdżona, ma bardzo wysoką śmiertelność, rozpoznana i urzędownie doniesiona, daje sumę 30% wszystkich chorób zakaźnych i bardzo znaczny procent schorzeń narządów, jak serce, płuca, nerki, uszy, stawy, nos, gardło, zęby, musi iść na karb przebytej płonicy. (Z chorób zakaźnych tylko grużlica i kiła mogą w tym względzie z płonicą współzawodniczyć). Spory snop światła na sprawę powstawania, rozwoju, szerzenia się, odporności i skłonności do nawrotów rzuciły publikacje z ostatnich dwóch 10-cioleci, zwłaszcza przez ogłoszenie w piśmiennictwie fr. (Besnier, Brucy) opisu wrzekomej nowej postaci chorobowej, *„erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans"*. Bardzo obfita kazuistyka tej wrzekomej nowej choroby (Jaccoud, Guillard, Barlow, Filatow, Jadassohn, Pospischill, Weiss, Schick, Török, Cozzalion, Kramsztyk) wykazała, 1) że dawniejsza teza o zaraźliwości łusek płoniczych w gorączkowym okresie łuszczenia nie da się utrzymać, 2) że jednorazowe przebycie płonicy nie daje zabezpieczenia przeciw ponownemu zachorowaniu. Liczne spostrzeżenia wyżej wspomnianych autorów, kilkakrotne moje własne i ze szpitala powszechnego w Stanisławowie, wykazują, że niektóre osobniki, a nawet całe rodziny, nabywają pewnej skłonności do powtórnego i kilkakrotnego zapadania na tę chorobę, i że prawdziwe nawroty nie należą do rzadkości. Kramsztyk (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*) i Zappert (W. Klin. W.) ogłosili przypadki dwukrotnego, trzykrotnego, a nawet czterokrotnego zachorowania na tę chorobę u tego samego osobnika, ze wszystkimi dla płonicy charakterystycznymi objawami (dreszcze, wymioty, zapalenie gardła, wyciek z ucha, kilkudniowa wysoka gorączka, zajęcie gruczołów podszczękowych i przyusznych, typowe łuszczenie się). Szkoła berlińska (Baginsky, Heubner) zalicza to zjawisko do rzadkości. Szontagh (Budapeszt) na podstawie materjału klinicznego i spostrzeżeń z praktyki prywatnej twierdzi, że płonica należy do chorób przez zetknięcie niezaraźliwych i nieprzenośnych, powstaje ona jako odczyn anafilaktyczny u osobnika nadwrażliwego na rozmaite drobnoustroje z grupy paciorkowców, które wśród pewnych okoliczności stają się złośliwemi, dostawszy się do podatnego ustroju ludzkiego w dostatecznej ilości drogą oddechową lub jelitową. Kretschmer twierdzi na podstawie spostrzeżeń i doświadczeń, przeprowadzonych w żłóbkach, internatach i szpitalach dla dzieci, że płonicy nie musi się odosabniać, wystarczy zapobiegawcze smarowania ciała (*ol. eucalypti*), płukanie i pędzlowanie jamy noso-gardłowej (10% *ol. carbolisat.*), wcierania 30—50% *aquae calcis*, nalewka jodowa wewnętrznie. Szkoła wiedeńska twierdzi, że nawet ozdrowieńców, wracających ze szpitala do domu, należy pewien czas odosabniać.

Jako unitarjusz z doświadczenia i przekonania wierzę, że paciorkowce w etjologji i epidemjologji płonicy odgrywają pierwszorzędną, jeśli nie wyłączną rolę, płonica jest zaraźliwą w okresie wylęgania wysypki i wysięku, że pokarmy (mleko) mogą zarazki przenieść i wywołać chorobę pod warunkami: 1) jeśli paciorkowce są w dostatecznej ilości, 2) że mają odpowiednie wrota do wtargnięcia, za które uważam jamę noso-gardłową, 3) że są jadowite, 4) że dotknięty osobnik jest na ten jad wrażliwym i skłonnym. Za skłonne uważam osoby zolzowe ze zmianami w jamie nosogardłowej i znaczną próchnicą zębów. Paciorkowce, jako bardzo rozpowszechnione, chociaż pierwotnie nie jadowite, stać się mogą i stają jadowitymi pod wpływem powietrza, podłoża i drogi wejścia do ustroju, dostawszy się z wiatrem, powietrzem, kurzem, mlekiem do ust, nosa, migdałków i przewodu pokarmowego.

Po przeprowadzonej, ożywionej **dyskusji**, w której zabierali głos koledzy: Lubowiecki, Paklikowski, Meisels, Spatz, Händel, Sawicki, Puzon, Orłowski, Malik, Trzaskowski, Fechter, zredagowano następującą odpowiedź: 1) 4—6 tygodni, stosownie do ukończenia okresu wysiękowego i wyjałowienia jamy nosogardłowej, 2-tygodniowe odosobnienie w pilnie wietrzonych pokojach i częste letnie kąpiele. 2) Termin 6-tygodniowy z następowem odosobnieniem powinien być przestrzeganym. 3) Stan wydzielin jam nosa, gardła i ust. 4) Po 6-ciu, względnie 8-miu tygodniach od początku choroby. 5) Łuszczenie, jako jedyny objaw choroby, nie może być przeszkodą uczęszczania szkoły i wogóle należy uważać łuszczenie za niezaraźliwe.

5) Przew. odczytuje odpowiedzi w **sprawach zawodowo lekarskich** (prof. Ciechanowski, Dr. Grzybowski, prof. Nowicki, Dr. Papée, Dr. Schöngut-Strzemieński).

6) Uchwalono **taryfę za czynności lekarskie**.

Tadeusz Fechter.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach.

Posiedzenie z dnia 1 listopada 1921 w Mysłowicach. Przewodniczy dr. Rostek. Obecnych 25 osób.

1. Przewodniczący zagaja posiedzenie przemówieniem o zadaniu lekarzy Polaków w uświadomieniu narodowem na Górnym Śląsku i o ich zasługach w czasie plebiscytu i walce o niepodległość. Kreśli następnie dzieje poprzedniego Towarzystwa Lekarzy Górnoślązaków, jego powolne obumieranie i zanik wszelkiej pracy naukowej i towarzyskiej w czasach najnowszych. W zmienionych warunkach politycznych, tj. po utworzeniu Województwa Śląskiego, radzi stworzyć nowe Towarzystwo, oparte na dawnych zasadach, ale przesiąknięte nowym duchem i z nowym zapałem do pracy naukowej.

Dr. Styczyński, jako ostatni prezes starego Towarzystwa, wybrany po tragicznej śmierci dra Mielęckiego, poświęca słowa wspomnienia trzem zmarłym w tym roku kolegom, drom Miecznikiewiczowi, Urbanowiczowi i Mielęckiemu, i popiera wniosek senjora lekarzy Polaków na Śląsku, aby utworzyć nowe Towarzystwo, któremuby nietylko nadano nazwę nową, ale tchnięto i nowego ducha do wspólnej i zbożnej pracy. Po obszernej dyskusji jednogłośnie uchwalono założyć Towarzystwo pod nazwą „Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku" i wybrano nowy zarząd, w skład którego weszli jako prezes zasłużony dr. Hanke jako sekretarz dr. Hessek i jako skarbnik dr. Jarczyk. W uznaniu wielkich zasług dra Rostka przyjęto jednogłośnie wniosek mianowania go honorowym prezesem.

Cel Towarzystwa nowoutworzonego sprecyzowano w trzy artykuły: 1) Popieranie spraw ekonomicznych lekarzy Polaków osiadłych, czy osiadlających się na górnym Śląsku. 2) Kultywowanie nauki lekarskiej a w pierwszym rzędzie polskiej, samokształcenie się i dokształcanie. 3) Pielęgnowanie życia towarzyskiego i koleżeńskiego, załatwianie spraw honorowych między członkami.

2. Dr. Rostek odczytuje swój **referat o Górnym Śląsku**, w którym porusza całokształt stosunków ekonomicznych, klimatycznych, sanitarnych itd.

Następuje ożywiona **dyskusja** w sprawie, jakie stanowisko mają zająć lekarze Polacy w mających niebawem rozpocząć się układach gospodarczych polsko-niemieckich pod przewodnictwem pana Calondera. Wybrano dwóch kolegów, dra Pawelca z Wodzisławia i dra Dzieżę z Zabrza, celem określenia żądań lekarzy Polaków i przesłania tychże do Wydziału Zdrowia Publicznego, celem zużycia ich w mających nastąpić porozumiewawczych obradach.

K. Hessek, sekretarz.

Towarzystwo chirurgów polskich w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 października 1921 r.

1. Radliński przedstawił chorego, wyleczonego z **ostrej niedrożności esicy** z powodu jej skrętu i zgorzeli. Zabieg, dokonany przed 4 ma miesiącami, polegał na odkręceniu pętli, wgłobieniu, obszyciu bokami przeciwległymi krezce i wprowadzeniu zgłębnika przez część obumarłą. Po tygodniu odcięto obumarłą część. Otrzymano przetokę kałową. Przed 2 tygodniami zaszyto ją plastycznie sposobem Dieffenbacha. Zagojenie przez rychłozrost. O ile niema zgorzeli R. uważa za najodpowiedniejszą kolopeksję wykonaną racjonalnie, tj. przyszycie do przedniej ściany szerokiemi powierzchniami z zeskrobaniem śródbłonka. Przekonał się o skuteczności tego zabiegu dwukrotnie na zasadzie obrazu oglądanego na autopsji w kilka lat po operacjach.

W dyskusji Leśniowski opisuje stosowaną przez się metodę rozsuwania listków krezki esicy, co ułatwia odkręcenie kiszki. Sławiński zwraca uwagę, że wszelki skręt esicy ma za podkład *megacolon*, toteż jedynie racjonalne jest wycięcie kiszki pierwotne z wgłobianiem odcinków w celu otrzymania mocnego zrostu. Szteyner proponuje plastykę krezki, mianowicie przecięcie podłużne i szew poprzeczny. Krauze zaleca kolopeksję pozaotrzewnową z dodaniem koloplikatury. Ciechomski uważa za najpewniejszą resekcję wtórną, prostowanie krezki najczęściej jest niewykonalne, a kolopeksja zawodna. Sławiński radzi cięcie brzuszne poprzeczne.

2. Radliński pokazał chorą w 9 dni po wycięciu woreczka żółciowego, zaznaczając, że jest zwolennikiem sączkowania jamy brzusznej, gdyż zaszywanie powiększa ryzyko operacyjne. Co się tyczy cięcia, R. do wycięcia samego woreczka prowadzi je pionowo przez pochwę mieśnia prostego; gdy chodzi o manipulacje na przewodach, prowadzi cięcie od końca mieczyka do pępka, a stąd do końca 11-go żebra prawego.

3. Radliński pokazuje martwak oddzielony drogą czynnej osteolizy od wszczepionego w ubytek czaszki odcinka kości piszczelowej. Wygląd martwaka, zdaniem R., świadczy, że kość się przyjęła w zupełności jako jednostka biologiczna, co obala potrzebę uznawania substytucji.

W dyskusji Zembrzuski sądzi, że kość poczęła obumierać, zanim zdążyła się wgoić.

4. Lewenstern przedstawia dwa obumarłe człony wielkiego palca prawej ręki lekarza weterynarji, który uległ ostremu zakażeniu różą świńską. Wywiązało się ropne zgorzelinowe zapalenie tkanek palca ukłutego podczas sekcji świni padłej na różę. Rozpoznanie zostało oparte na badaniu bakterjologicznem ropy z palca. Z objawów ogólnych zaznaczyć należy: wysoką gorączkę, bóle mięśniowe (w kończynach dolnych i w tułowiu), plamy rozsiane po całej skórze na podobieństwo róży, osłabienie mięśni, które pozostało długo po ustąpieniu gorączki. Dwa tygodnie od chwili zakażenia usunięto operacyjnie przedstawione dwa człony, poczem gojenie odbywa się bardzo leniwie. Obecnie, w dwa miesiące po operacji, rana jeszcze nie zagojona. Ropa zawiera jedynie laseczniki odmieńca. Krew jest jałowa. Badanie cytologiczne wykazuje nadmierną eozynochłonność. Leczenie polegało na zastrzykiwaniu autowakcyny otrzymanej z ropy palca. Uwaga: lasecznik róży świńskiej jest krótką nieruchomą pałeczką długości około1 mikrona, jest on Gramem dodatni. Czułe na zarazek są świnie, myszy i gołębie, odporne są świnki morskie, kury i większe ssące zwierzęta domowe. Przypadków zakażenia człowieka ogłoszono bardzo niewiele, przyczem sprawa przeważnie sprowadza się do przelotnych zmian zapalnych na skórze. Przebieg podobny do wyżej opisanego zalicza się do rzadkości.

5. Kielkiewicz. O technice prostatektomji (odczyt). Wskazanie do operacji ustala się po zbadaniu krwi na zawartość azotu. Zbyt wielka azotemja stanowi przeciwwskazanie do zabiegu. Chorego należy odtruć za pomocą stałego cewnikowania, względnie założenia cewnika na stałe. Technika operacji: cięcie powłok brzusznych w znieczuleniu miejscowem. Otworzenie pęcherza cięciem możliwie małem. Wyłuszczenie guza palcem: rozrywa się błonę śluzową przy samem wejściu w cewkę. W ten sposób otrzymuje się najlepszy dostęp do właściwej warstwy. Na czas wyłuszczania chory dostaje maleńką ilość chloroformu: nie więcej nad siedm gramów. Łożysko guza wyściela się mocno gazą wioformową. Po tygodniu wprowadza się cewnik do cewki. Dobra statystyka zależy w znacznym stopniu od odpowiedniego ustalenia wskazań operacyjnych: nie należy operować przy znacznem zatruciu. (drukowano w Nr. 3. Polskiej Gazety Lekarskiej).

Dyskusja. Leśniowski jest zwolennikiem usypiania. Operuje zawsze jednoczasowo. Krauze operuje w znieczuleniu lędźwiowem stowainą. Pęcherz otwiera szeroko i do wyjęcia guza wo'i nóż, niż palec. Fryszman również chloroformuje od początku operacji. Często stosuje przetokę nadłonową na 3—4 tygodnie przed operacją. W razie ciężkiego krwawienia po operacji tamponuje cały pęcherz. Po operacji cewnik zakłada do cewki nie wcześniej, jak po 15 dniach. Kryński stosuje znieczulenie lędźwiowe. Uznaje potrzebę większego cięcia pęcherza i chętnie używa noża do oddzielania guza. *E. Lewenstern* sekretarz.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

IV. posiedzenie w dniu 16. czerwca 1921.

1) Dr. Wiczyński: a) Okazuje preparat, uzyskany przy operacji przypadku, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez prym. Ziembickiego i mowcę. Olbrzymi guz okazał się torbielo-gruczolakiem brodawczakowatym ze zwyrodnieniem rakowem.

b) Preparat z przypadku ciąży trąbkowej (w zachowanej trąbce znacznych rozmiarów krwistek).

c) Wielki włókniako-mięśniak, uwięzgniety w miednicy małej z powodu nasadowienia w dolnej części tylnej ściany macicy, rozrastający się międzyblaszkowo.

d) Omawia przypadek niewyjaśnionej śmierci w 5 dniu po doszczętnej operacji raka (Wertheim). Sekcja wykazała jedynie zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego (za życia tylko lekki podmuch nad koncem serca). Uśpienie chloroformowo eterowe.

W dyskusji Dr. Zasowski porusza, a kol. Węgrzynowski omawia niektóre przeciwwskazania usypiania.

2) Dr. Węgrzynowski przedstawia: a) Przypadek z rozp. chrzęstniako-mięsaka jądra, z przerzutami w jamie brzusznej, u mężczyzny 46 l. Jądro zaczęło się powiększać przed 6 laty po uderzeniu dyszlem, a doszło do wielkości jaja strusiego. Od 3 mies. zauważył powiększanie się brzucha, w którym wyczuwa się liczne twarde guzy o gładkich ścianach. Żyły na powłokach brzusznych porozszerzane. Obrzęki na kończynach dolnych. Wassermann ujemny. Mowca omawia djagnostykę różniczkową.

b) Przypadek, w którym z prawdopodobieństwem rozpoznaje się pierwotnego raka płuc.

W dyskusji prym. Ziembicki zwraca uwagę na umiejscowienie (dolna część prawego płuca), jako zdarzającą się często w kile płuc i uważa za konieczne przeprowadzenie odczynu Wassermanna celem wykluczenia tła kiłowego.

3) Prym. Ziembicki zdaje sprawę z dalszego spostrzegania przypadku, który przedstawił na poprzedniem posiedzeniu z rozpoznaniem podwójnego wrzodu żołądka przed operacją, co następnie operacja potwierdziła.

W dyskusji dr. Zasowski i dr. Zaozek opisują przebieg operacji (połącz. żołądkowo jelitowe) i dalsze wskazania, gdy chory powróci do sił.

4) Prym. Ziembicki przedstawia przypadek z rozp. Lymphogranuloma (Sternberg). Kobieta l. 60, zapadła przed 3. mies., wśród bólów w plecach, krzyżach, członkach; gorączkuje, skarży się na postępujące osłabienie, kaszle, nie odpluwa. Nie rodziła, rodziła 10 razy. Chuda, o skórze ziemistej, gruczoły chłonne powiększone po obu stronach szyji, w obu pachach i obu pachwinach, największy gruczoł w lewej pasze, wielkości jaja kurzego. Gruczoły miernie twarde, przesuwalne, nie pozrastane ani z sobą, ani z otoczeniem. Śledziona niepowiększona. W szczytach płuc przytłumienia, tożsamo w pasze lewej i ku przodowi, w okolicy 3 i 4 żebra. Szmery szorstkie, brak rzężeń. W moczu ślad białka, skąpe wałeczki (szkliste i ziarniste), odczyn diazo dodatni. Krew: C. cz. 3 865 000, c. b. 13.000, Hbg 66, wskaźnik 0,8, stosunek procentowy białych: neutr. 85·7%, limf. m. 6,7%, limf. d. 1%, mono 2%, przejść. 4,3%, eoz 0 3%. Ciepłota nieregularna, mniejwięcej co 2 dni podwyższona, najwyższa 39° C. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie rentgenowskie: Oba szczyty przyćmione, przyćmienie lewego pola płuc od 3 żebra w dół na 4 palce szer., o granicach nierównych, przebiegające od wnęki ku pasze, gruczoły wnękowe powiększone. Drobnowidowe badanie wyciętego gruczołu: podścielisko tkankołącznowe dość silnie rozwinięte, tworzy pasma beleczkowate i szkliste; miąższ z licznych komórek, mianowicie: 1) limfocyty liczne, pojedyńczo i grupkami, 2) kom. plazmatyczne nieliczne, 3) bardzo liczne komórki o typie Sternberga, o dużych, jasnych jądrach, 4) komórki olbrzymie z większą ilością jąder, 5) komórki nabłonkowate. Naczyń włosowatych dość dużo.

Mowca omawia rozwój pojęć o chorobach krwi, w szczególności o białaczce i białaczce wrzekomej, jakoteż zapatrywania na obraz chorobowy, noszący nazwisko Sternberga. *W. Z.*

W. Grzywo-Dąbrowski. Warszawa.

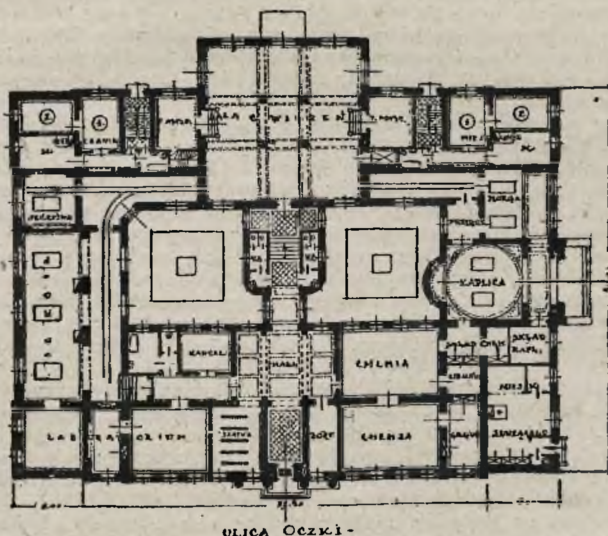
W sprawie budowy zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

W sierpniu 1921 r. rozpoczęto prace przygotowawcze do budowy Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego; potrzeba tego Zakładu dawała się odczuwać od lat kilku, gdyż dawny Zakład Medycyny Sądowej, który był czynny przy Uniwersytecie Warszawskim za czasów moskiewskich, został pochłonięty przez rozrastające się zakłady anatomji i histologji, mieszczące się wspólnie w gmachu »Collegium Anatomicum« przy ul. Chałubińskiego: szczupłość miejsca spowodowała, że wcześniej kreowane zakłady, rozszerzając zakres swej działalności, musiały zabrać dawne sale i pracownie, należące ongiś do Zakładu Medycyny Sądowej. Prowizoryczne Prosektorjum sądowo-lekarskie istniało od kwietnia r. 1920; w tym to czasie Wydział Lekarski, biorąc pod uwagę konieczność wytworzenia choćby możliwych warunków dla pracy sądowo-lekarskiej zastępcy profesora medycyny sądowej, odnowił mały parterowy budynek, mieszczący się przy ul. Nowo-Wspólnej, i składający się z 4-ch małych pokoików; w jednym z nich została urządzona salka sekcyjna na dwa stoły, w drugim — jeszcze mniejszym — gabinet, pracownia i kancelarja prosektorjum, a w 3-m — trupiarnia, czwarty zaś został przeznaczony na mieszkanie woźnego zakładu. Wszystkie te pokoiki znajdują się na parterze, jeden obok drugiego i są nadzwyczaj ciasne i małe. Mimo to w r. 1921, gdy się rozpoczęły wykłady medycyny sądowej, ćwiczenia sekcyjne były prowadzone we wspomnianej salce, w której jednocześnie znajdowało się po 25 i więcej słuchaczów; wobec tego, że ćwiczenia były prowadzone w lecie, przy 20 do 30 stopniach ciepła, we zwłokach bardzo rozłożonych, łatwo można sobie wyobrazić, jakie powietrze i jaka ciepłota panowały na sali podczas tych ćwiczeń; jedynie tylko zapałem do pracy i chęcią do nauki można sobie tłómaczyć, że słuchacze i słuchaczki pilnie uczęszczali na te ćwiczenia. Brak absolutny miejsca, brak pracowni, niezbędnych przyrządów uniemożliwił urządzenie ćwiczeń mikroskopowych dla słuchaczów. Wykłady teoretyczne odbywały się w sali wykładowej Zakładu Anatomji Opisowej. Stan taki jednak nie mógł trwać długo, i należało pomyśleć o budowie nowego Zakładu Medycyny Sądowej, odpowiadającego współczesnym wymaganiom nauki i godności stolicy Państwa. W końcu r. 1920

zostały opracowane plany budowy zakładu przez budowniczego Uniwersytetu Warsz. doc. inż. Zielińskiego na podstawie wskazówek kierownika Zakładu; plany te w całości były zatwierdzone przez Wydział Lekarski, Ministerstwo Oświaty i Ministerstwo Robót Publicznych i, jak wspomniano, w sierpniu r. 1921 rozpoczęto roboty. Pragnąłbym teraz w krótkości omówić plany przyszłego Zakładu i wyjaśnić, dlaczego budowa jest prowadzona w ten, a nie inny sposób.

Zakład Medycyny Sądowej ma zadanie potrójne, czem się różni od wszystkich innych Zakładów Uniwersyteckich. Pierwszem zadaniem — jest kształcenie przyszłych lekarzy w zawodzie sądowo-lekarskim; zadanie drugie, zresztą bardzo ściśle połączone z pierwszem, polega na zaspakajaniu wymagań władz sądowych pod względem wykonywania badań sekcyjnych, chemicznych, drobnowidowych itd. To zadanie, jak wspomnieliśmy, ściśle się wiąże z celami nauczania, gdyż do celów dydaktycznych czerpie się materjał, dostarczany przez władze sądowe, a z drugiej strony — władze sądowe znajdują zaspokojenie swych żądań w pracy Zakładu. Co do zadania trzeciego, to Zakład tego rodzaju z natury rzeczy musi służyć jako miejsce, dokąd się zwozi i składa zwłoki osób, nagle zmarłych na ulicach Warszawy; pozatem w Zakładzie takim, w t. zw. mordze, winny być wystawione zwłoki osób o nazwisku nieustalonem, w celach rozpoznawczych itd. To znaczy pełni tu Zakład czynność sanitarno-agnoscyjną, ponieważ pełni czynność kostnicy, trupiarni, składu zwłok. To ostatnie zadanie jest ściśle połączone z poprzedniemi, gdyż bardzo często zwłoki osób poddanych sekcji, są potem wystawione na widok publiczny w celach rozpoznawczych itd. Biorąc pod uwagę powyżej wyłuszczone 3 zadania Zakładu, musieliśmy przy opracowaniu planów uwzględnić te wszystkie 3 działy.

Jak widać z załączonego szkicu planu Zakładu, jest to budynek jednopiętrowy o kształcie kwadratu, przedzielony w środku przez klatkę schodową i salę wykładową. Front Zakładu stanowi jednopiętrowy gmach dawnych koszar, który ulegnie gruntownej przebudowie, do którego będą przybudowane skrzydła, a w środku — wspomniana sala wykładowa.



ULICA OCZKI-

Najgłówniejszą częścią składową tego rodzaju Zakładu jest sala sekcyjna, tu się odbywa i koncentruje znaczna część pracy Zakładu. Sala ta jest pomyślana na 3 stoły, o wymiarach 14 m $\times$ 8 m; obok tej sali sekcyjnej znajduje się salka sekcyjna mniejsza, 5 m $\times$ 4 m, gdzie będą dokonywane sekcje zwłok osób, zmarłych na choroby zakaźne. Obok sali sekcyjnej znajdować się będzie pokój przeznaczony na przygotowywanie preparatów mikroskopowych i t. d. Zwłoki z piwnic na salę sekcyjną będą dostarczane za pomocą wózków na szynach. Na parterze w budynku frontowym będą się znajdowały pracownie, przeznaczone do badań sądowo-chemicznych narządów ciała w przypadkach zatruć. Uważam, że przy Zakładzie Medycyny Sądowej powinien się znajdować dział chemji sądowej, pod kierownictwem odpowiednio wyszkolonego chemika, najlepiej chemika-lekarza. Ten dział Zakładu będzie obsługiwał nie tylko zapotrzebowania Zakładu samego, lecz zapewne będą tu przesyłane do badań sądowo-chemicznych objekty z rozmaitych części Rzeczypospolitej, a przedewszystkiem z dawnej Kongresówki i Kresów Wschodnich. Dział chemiczny będzie się składał conajmniej z 3-ch pokoi. Również na parterze od frontu, lecz po stronie przeciwnej, niż dział chemji sądowo-lekarskiej, będzie umieszczona kancelarja dla sędziów śledczych, poczekalnia dla interesantów i dwa pokoje do badań poszkodowanych. Uważam, że stworzenie tego rodzaju polikliniki sądowo-lekarskiej, jest rzeczą konieczną i również doniosłą, jak i zorganizowanie sal sekcyjnych. Lekarz sądowy nie rzadziej ma do czynienia z poszkodowanymi, niż ze zwłokami i dlatego studenci, przechodząc kurs medycyny sądowej, powinni być zapoznawani i ze sposobami badania osób poszkodowanych, umysłowo chorych i t. d.; tylko na takiej poliklinice słuchacze będą mogli zapoznać się ze sposobami dochodzeń zgwałcenia i t. d., a wiemy, że ten dział jest jednym z najtrudniejszych w Medycynie Sądowej. Uważamy, że stworzenie takiej polikliniki jest rzeczą konieczną i do tego celu będziemy energicznie dążyli.

W tylnej części gmachu na parterze będzie się znajdowała sala do ćwiczeń ze studentami w badaniach plam krwawych, nasienia i t. d. W prawem skrzydle gmachu będzie się znajdowała kaplica, pokój przed kaplicą i dwa oszklone pokoje, w których przy nizkiej ciepłocie, będą wystawiane na widok publiczny ciała osób nieznanych, w celach rozpoznania. Będzie to t. zw. morga. Zarówno do morgi, jak i do kaplicy, zwłoki będą dostarczane na wózkach ręcznych po szynach. Poza wspomnianemi ubikacjami na parterze będą się mieściły 3 mieszkania, jedno dla asystenta i dwa dla woźnych. Na parterze również będzie się znajdowała łazienka dla niższego personalu, klozety i szatnie. Na piętrze pierwszem znajdą swe pomieszczenia pracownie: histologiczna, bakterjologiczna, serologiczna, pokój do fotografji, gabinet i pracownia kierownika Zakładu, muzeum, biblioteka, łazienka dla lekarzy i klozety. Sala wykładowa, obliczona na 250 słuchaczy, będzie zbudowana amfiteatralnie, na sali będzie się znajdował stół sekcyjny; obok sali wykładowej znajdują się dwa pokoje przygotowawcze; zwłoki z piwnic będą dostarczane na salę za pomocą windy.

W tylnej części gmachu będzie urządzony szereg piwnic, z tych 5 na pomieszczenie zwłok, przytem conajmniej dwie — o nizkiej ciepłocie, jedna do umieszczania zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne. Pozatem będzie urządzone w piwnicach pomieszczenie dla zwierząt, skład węgla i kotły dla ogrzewania centralnego; prócz tego kilka piwnic będzie przeznaczonych dla personalu, mieszkającego w Zakładzie. Na pierwszem piętrze w tylnej części gmachu będą urządzone mieszkania dla kierownika Zakładu i dla dwóch asystentów.

W ten sposób przedstawie się pobieżnie nakreślony szkic nowopowstającego Zakładu. Biorąc pod uwagę obecnie panujące ceny robocizny i materjałów, koszty budowy będą bardzo znaczne, lecz konieczność zbudowania tego rodzaju Zakładu jest oczywista, wobec tego nie wątpię, że odpowiednie władze znajdą niezbędny fundusz dla tej budowy.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Szpitali Publicznych w Małopolsce.

Dnia 4 XII. 1921 odbyło się w Krakowie posiedzenie Wydziału Związku Lekarzy Szpitali publicznych w Małopolsce. Obecni byli: przewodniczący kol. Fuchs (Kraków), Zagórski (Kobierzyn), Kohlberger (Kulparków), Rychliński (Kraków), Jasiński (Nowy Sącz), Żuławski (Gorlice), Bujalski (Tarnów). Sprawozdanie sekretarjatu oraz skarbnika przyjęto do wiadomości. Stan kasy 32.413 Mp. Wobec przeniesienia się skarbnika, kol. Misiewiczówny, do Warszawy, wybrano na jej miejsce aż do najbliższego Walnego Zgromadzenia kol. Mieczysława Stypę, sek. szpitala w Tarnowie.

Dłuższą dyskusję wywołała zapowiedź zasadniczych zmian w obecnem położeniu prawnem szpitali małopolskich, oraz zapowiedź zniesienia Ministerstwa Zdrowia.

Uchwalono jednogłośnie następujące wnioski:

1) Związek lekarzy Szpitali Publicznych w Małopolsce stwier-

dza konieczność, ze względu na dobro Państwa, utrzymania samodzielnego Ministerstwa Zdrowia i stanowisko swoje przedłoży w odpowiednim memorjale Panu Ministrowi Skarbu (wniosek kol Fuchsa).

2) Zw. Lek. Szpit. Publ. w Małop. uważa uniezależnienie szpitalnictwa małopolskiego od miejscowych czynników i pozostawienia go w administracji władz centralnych za kardynalny warunek normalnego funkcjonowania szpitali i ich rozwoju Stanowisko swoje przedłoży w odpowiednim memorjale Panu Ministrowi Skarbu (wniosek kol Jasińskiego).

Opracowanie obu memorjałów powierzono sekretarjatowi.

Omówiono sprawę legitymacji kolejowych dla lekarzy szpitali publicznych, niesłusznie pozbawionych tych legitymacji. Odpowiednie pismo do Ministerstwa Zdrowia ma opracować kol. Rychliński.

Następnie kol. Kohlberger podniósł sprawę świadczeń w naturze dla tych lekarzy, którzy mają obowiązek mieszkać w szpitalach; za świadczenia te Ministerstwo Zdrowia ściąga obecnie duże kwoty z małych pensji. Sprawę tę polecono w dalszym ciągu kol. Zagórskiemu.

Wreszcie uchwalono polecić sekretarjatowi wszczęcie korespondencji celem zorganizowania ogólno-polskiego związku lekarzy szpitalnych.

Skarbnik prosi kolegów, zalegających z wkładkami na rok 1921., o śpieszne przysłanie, ich a wszystkich Kolegów prosi o wkładki na rok 1922, (sto marek). Adres skarbnika: Dr. Mieczysław Stypa, Tarnów, Szpital Powszechny. *Sekretarjat.*

Związek lekarzy Małopolski w Krakowie.

Sprawozdanie z XVI. Walnego Zgromadzenia Po ośmiu latach zawieruchy wojennej pierwsze to zebranie w odrodzonej Polsce. Miało też ono cechę wzajemnego zbliżenia się i poznania, a zarazem dało sposobność do wynurzenia różnych bólów i potrzeb. Koledzy z prowincji dopisali znakomicie, a więc liczny zastęp z Tarnowa, Jaworzna, Rzeszowa, Krosna, Suchej, Bukowska, Oświęcima, Gorlic. Wieln nadesłało powitania i życzenia pomyślnego wskrzeszenia Związku i pomyślnego plonu obecnych zasiewów. Po odczytaniu protokołu z ostaniego Walnego Zgromadzenia przyjęto do wiadomości i zatwierdzono na wniosek Komisji kontrolującej sprawozdanie skarbnika Związku, oraz kierownika Kasy Pogrzebowej (Dr. Grzybowski) za lata 1914—1921., Administracyj Znaczków Receptowych i Funduszu Jordana (Dr. Żydłowicz), wreszcie Oddziału Należytości (Dr. Jaugustyn).

W następstwie uchwalono wkładkę do Związku na rok bieżący w kwocie 1200 Mk., a do Kasy Pogrzebowej w kwocie 220 Mk., w razie śmierci którego z członków.

Na pierwszy plan wybiła się nieodzowna potrzeba wskrzeszenia zawodowego organu, jakim było przed wojną znakomicie redagowane „Słowo Lekarskie". Ponieważ Związek nie posiada olbrzymich funduszów, potrzebnych na wydawanie samodzielnego pisma, uchwalono przeprowadzić rokowania z redakcją Polskiej Gazety Lekarskiej, by ta zechciała objąć na się rolę opiekunki spraw zawodowych i odstąpić odpowiednie łamy na oznaczenie potrzeb i wymogów zawodu lekarskiego na wzór pism zagranicznych. Pisma te, służąc w pierwszej części sprawom naukowym, stworzyły w wielu przypadkach osobną drugą część, t. zw. dział dla spraw zawodowych, odgrywających nieposlednią rolę w gospodarczem życiu lekarza.

Co do stosunku Związku Lekarzy Małopolski w Krakowie, jako najstarszego i wyrobionego już zrzeszenia zawodowego lekarzy, do Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie uchwalono jednomyślnie wniosek kol. Niecia z Rzeszowa: „Obrona i ochrona lekarzy może być tylko wówczas skuteczną, jeżeli powstanie naprawdę żywotny związek lekarzy na całą Rzeczpospolitą, bez względu na ich wyznanie religijne i polityczne. Dlategoteż Związek Lekarzy Małopolski ma dążyć przez porozumienie się z wszystkimi już istniejącymi związkami lekarskimi do utworzenia takiego Związku. Do tej czynności porozumiewawczej i przygotowawczej należy zaprosić i wciągnąć przedewszystkiem profesorów naszych wszechnic, którzy mają największy wpływ na kształcącą się młodzież i całe zastępy młodych lekarzy. Z chwilą powstania takiego związku, obejmującego naprawdę całą Rzeczpospolitą, obejmą dotychczasowe związki lekarskie wszelkie czynności, naznaczone im ogólnym statutem, zatrzymując jednak swój dotychczasowy samorząd, nie mający być nigdy w sprzeczności z zadaniami statutu ogólnego zrzeszenia".

Sprawę uposażenia lekarzy okręgowych przez rząd polecono rozpatrzyć nowemu Wydziałowi w porozumieniu z Izbami lekarskiemi, a w pierwszym rzędzie ze Związkiem Lekarzy Okręgowych w Małopolsce.

Polecono wnieść protest przeciw nowej ustawie o praktyce ekarskiej, jakoteż wspólnie z Izbami Lekarskiemi poruszyć bolączkę partactwa lekarskiego, jakie rozwielmożniło się do niebywałych rozmiarów podczas wojny. Podkreślano przypadki partactwa, osłanianego nawet przez władze rządowe, w których osobniki z pod ciemnej gwiazdy przywłaszczają sobie tytuł doktora medycyny i cieszą się poparciem władz. Poruszono również coraz częstszą zdrożną spółkę lekarzy z technikami dentystycznymi. Ci ostatni kupują sobie wprost za marne pieniądze firmę lekarską od lekarza, mieszkającego nawet w innem mieście i pod tem nazwiskiem wykonują wszelkie zabiegi lekarskie.

Ostatecznie polecono nowemu wydziałowi zwrócić się z podobnemi karnemi sprawami do Izby Lekarskiej, którаby zajęła się, jako właściwa władza, podobnemi karygodnemi matactwami.

Z wyboru weszli do Wydziału jako przewodniczący Dr. Maksymiljan Cercha, zastępca przewodniczącego Dr Władysław Żydłowicz, członkowie Wydziału: Dr. Jan Kostecki, Dr. Grzegorz Grzybowski, Dr. Adam Fonferko (z Jaworzna), Dr. Roman Hinze (z Rzeszowa), Dr. Arnold Bannet, Dr. Mieczysław Nartowski, Dr. Stanisław Poźniak, Dr. Bolesław Rzegociński i Dr. Eljasz Stahr. Do komisji kontrolującej powołano Dr. Ludwika Schneidra i Dr. Józefa Bednarskiego (z Alwerni).

Za niestrudzoną 12 letnią pracę zamianowano jednogłośnie członkiem honorowym ustępującego przewodniczącego, kolegę Dra Wacława Damskiego.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

IV. Posiedzenie naukowe Tow. lekarskiego odbędzie się w piątek 3. lutego b. r o godz. 6-tej w Poliklinice, ul. Lindego

Pokazy: 1) Kol. Begleiter i Domaszewicz: Przypadek *dystonia lordotica* i nagminne zapalenie opon; 2) Kol. Schusterówna: a) Promienica płuc, b) Mięsak jądra oraz zmiany nowotworowe i gruźlicze leczone röntgenem.

Wykład: Kol Progulski. O wpływie zabiegów farmakodynamicznych na przebieg zapalenia.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, przewodniczący.

Warszawa.

Z powodu śmierci ś. p. kol. Wacława Męczkowskiego, naczelnika Wydziału szpitalnego Magistratu m. Warszawy, zorganizowano zbieranie składek na fundusz imienia zmarłego, od którego odsetki będą przeznaczane na nagrody za najlepsze prace z zakresu szpitalnictwa.

Magistrat warszawski wydaje w r. b. „Miesięcznik Wydziału Zdrowia publicznego". Komitet redakcyjny stanowią: Naczelnik Wydziału zdrowia dr. Bogucki, jego zastępcy dr. Maleciński i Heflich, oraz dr. Kowalski, Budzińska-Tylicka, Karwacki, Kijewski, Modrzewski, Gawłowski i Trzebiński. Zeszyt październikowy (Nr. 3) zawiera sprawozdania miesięczne z przebiegu chorób zakaźnych, z działalności Wydziału zdrowia publicznego Magistratu warszawskiego oraz Urzędu weterynaryjnego, z działalności podkomisji biologicznej dla zbadania rozsiedlenia komara widlisza w Warszawie, z konferencji w sprawie nabiałowej, wytyczne działalności miejskiego Instytutu higjenicznego w sprawie propagandy zasad higjeny, instrukcję dla wywiadowczyń w sprawie walki z gruźlicą, instrukcje dla Rady sanitarnej i dla Urzędu zdrowia, wreszcie kronikę.

Z różnych stron.

Prezydjum wystawy higjenicznej państw sprzymierzonych, mającej się odbyć w czasie od maja do lipca 1923 w Strassburgu, rozesłało zaproszenie na Zjazd i jednocześnie listy składkowe na pomnik Pasteura, mający być tam przy otwarciu wystawy odsłonięty.

Czy potrzeba mówić kim był Pasteur dla całej ludzkości? Skromny profesor Uniwersytetu w Strassburgu, który, jak powiedział Biot, „oświetlił wszystko, czego dotknął" — il éclaire tout, ce qu'il touche, — który nie tylko dokonał przewrotu w pewnych dziedzinach chemji fizjologicznej i zbudował naukę o fermentach, ale stworzył, rzec można, sam jeden podwaliny dla mikrobjologji, który zwrócił na nowe tory całą współczesną medycynę, ten olbrzym wiedzy i dobry genjusz ludzkości zasłużył na wiekuistą wdzięczność i pomnik w sercu całego myślącego świata. Strassburg, jego ulubione miasto, nad którego utratą cierpiał, jak nikt może w całej Francji, chce uwidocznić swój związek z tem wielkiem imieniem.

Wszystkie narody kuli ziemskiej niewątpliwie przyczynią się do tej myśli.

W tym zbiorowym czynie wszystkich ludów nie może brakować Polski. Pasteur był nietylko wielkim uczonym i myślicielem, ale niezwykłej miary patrjotą, który odczuwać potrafił cierpienia narodu uciemiężonego.

Składki na listę Nr. 2342 przyjmuje administracja „Lekarza Wojskowego": Wojskowy Instytut Sanitarny, Szpital Ujazdowski albo Stowarzyszenie lekarzy, Warszawa, Widok 23; uprasza się o pośpieszne ich przesyłanie.

Program zamierzonej wystawy higjenicznej będzie ogłoszony osobno.

Zmarli.

Dr. Zygmunt Surwiłło w 82 r. życia w Krakowie.

Prof. Wiczkowski uprasza nas o zamieszczenie następującego dodatku do jego artykułu: „W sprawie akcji zwalczania gruźlicy w Polsce": W czasie zawieruchy wojennej akcję walki z gruźlicą objęło Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża za inicjatywą Prym. Dr. Ziembickiego, którego zasługą jest założenie i wyposażenie kilku poradni w Małopolsce i trzech sanatorjów, w Suchej, Rajczy i w Zakopanem.

W artykule Dra Mieczyńskiego „W sprawie zapobiegania szerzeniu się duru osutkowego" w Nrze 3-cim we wierszu 19-tym: „Już w Chorzelach i t. d." zamiast od r. 1906—1912, ma być od r. 1896—1902.